



INDÍCIOS DE ABUSO E MAUS-TRATOS EM IDOSOS NO DISTRITO DE LEIRIA

Ana Maria Esperança Inglês

Dissertação Apresentada ao ISMT para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica
e Psicoterapia

Orientadora: Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins

Coimbra, Fevereiro de 2011

Agradecimentos

A realização desta tese apenas foi possível graças à colaboração de muitas pessoas, a quem deixo o meu agradecimento.

Assim, gostaria de agradecer, em primeiro lugar, a todos os idosos que colaboraram comigo bem como às respectivas Instituições, a saber, “Centro Social Nossa Sra. Da Piedade”, “Centro Social Baptista de Leiria”, “Santa Casa da Misericórdia do Louriçal” e “Lar Alexandina Bartolomeu”.

Gostaria igualmente de agradecer, de forma especial, a algumas pessoas: à Professora Doutora Rosa Martins, por todo o apoio e ajuda, ao Rui, Sofia, Joana, Rita, Tânia, Marisa à minha família e aos meus amigos que me apoiaram incondicionalmente.

A todos o meu muito Obrigada.

Resumo

A violência é um tema relevante na actualidade. O aumento do número de idosos no nosso país, a existência de factores inerentes à decadência física, psíquica e social dos idosos, podem levar ao agravamento de situações de maus-tratos.

Por tudo isto, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, analítico e correlacional, que teve como objectivo, identificar a presença de indícios de abuso nos idosos no distrito de Leiria, relacionando os mesmos com variáveis sócio-demográficas, económicas, psicossociais e de caracterização do estado de saúde.

Para o levantamento dos dados utilizamos o Mini Mental State; avaliação; a Questions to Elicit Elder Abuse, o índice de Katz e, por fim, um questionário sobre os dados sócio-demográficos do idoso.

Foram inquiridos 85 idosos, com mais de 65 anos e sem défices cognitivos.

Os resultados mostram 96% de indícios de abusos na população, sendo que o abuso emocional foi o mais observado. Constatou-se que os idosos que percebem o seu estado de saúde como mau têm maiores indícios de negligência. Verificou-se também que quanto maiores as capacidades cognitivas dos idosos, menores os indícios de abusos.

Palavras-chave: Idoso, Abuso, Violência, Negligencia, Maus-tratos.

Abstracat

Nowadays, violence is a very important theme to analyse.

In our country, the elderly increase as well as the inherent factors on physical, mental and social decay, can provide situations of ill-treatment.

For all this, was realized a quantitative, descriptive, analytical and correlational study, who aimed to identify in Leiria district, the presence of abuse signs in the elderly, correlating them with socio-demographic, economic, psychological and health variables.

For data collection, we used the Mini Mental State, Questions to Elicit Elder Abuse, Katz index, and a questionnaire about elderly socio-demographic database.

85 elderly patients over 65 years without cognitive deficits, were questioned.

The results reveal that 96% of respondents are victims of ill-treatment, mostly on emotional way. It was checked that negligence is more evident in those who perceive their poor health. Also was concluded that the abuse signs of elderly are smaller when their cognitive abilities are greater.

Keywords: elderly, abuse, violence, negligence , ill-treatment

Índice

1.Introdução	1
2.Metodologia e objectivos do estudo	16
2.1 Materiais e Métodos.....	17
2.2 Local.....	17
2.3 Instrumentos.....	17
2.4 Procedimentos	20
3. Resultados	21
4.Estudo Psicométrico da escala de QEEA	33
5. Indícios de Abuso e os dados sócio-demográficos	34
6. Indícios de abuso e nível cognitivo.....	40
7.Relação entre os diferentes tipos de abuso	44
8. Discussão dos Resultados	46
9. Conclusão.....	51
Bibliografia.....	54
Anexos	58
Anexo 1 (Pedidos de autorização para a colheita de dados).....	58
Anexo 2 (Questionário dos dados Sócio-Demográficos)	62
Anexo 3 (Índice de Katz- Avaliação das actividades da vida diária)	66
Anexo 4 (Mini Mental State Examination)	68
Anexo 5 (Questions to Elicit Elder Abuse)	71

Índice de Figuras

Figura 1- A Esperança Média de Vida em Portugal do ano 2000 ao ano de 2006

Figura 2-População residente em Portugal, por local de residência, sexo e grupo etário, ano de 2009.

Índice de Tabelas

Tabela 1-Estatística relativa à idade de acordo com o género

Tabela 2-Distribuição da amostra por género, de acordo com o grupo etário

Tabela 3-Distribuição da amostra por género de acordo com o estado civil

Tabela 4-Distribuição da amostra por género de acordo com as habilitações literárias

Tabela 5-Distribuição da amostra por género de acordo com o local de residência

Tabela 6-Distribuição da amostra por género de acordo com o tipo de habitação

Tabela 7-Distribuição da amostra por género de acordo com o tipo a coabitação.

Tabela 8-Distribuição da amostra por género de acordo com os meios de subsistência

Tabela 9-Distribuição da amostra por género de acordo com a dependência económica

Tabela 10-Distribuição dos elementos da amostra que são dependentes economicamente, por género, de acordo com as pessoas de quem dependem.

Tabela 11-Distribuição da amostra por género de acordo com o nível de dependência, tendo por base o índice de *Katz*.

Tabela 12-Estatísticas relativas ao *Mini Mental State Examination (MMSE)*, de acordo com o género.

Tabela 13- Teste de *Kruskal-Wallis* em relação à *MMSE* e habilitações literárias

Tabela 14-Distribuição da amostra por género de acordo com o acompanhamento diurno

Tabela 15- Distribuição da amostra por género de acordo com o acompanhamento nocturno

Tabela 16-Distribuição da amostra por género de acordo com as visitas

Tabela 17-Distribuição da amostra de acordo com os apoios sociais que usufrui

Tabela 18-Distribuição da amostra de acordo com a ocupação de tempos livres

Tabela 19-Distribuição da amostra de acordo com as actividades e ocupação de tempos livres.

Tabela 20-Distribuição da amostra de acordo com a percepção do estado de saúde.

Tabela 21-Distribuição da amostra por género de acordo com os indícios de abuso físico do idoso

Tabela 22-Distribuição da amostra por género de acordo com os indícios de abuso emocional do idoso

Tabela 23-Distribuição da amostra por género de acordo com os indícios de negligência do idoso

Tabela 24-Distribuição da amostra por género de acordo com os indícios de abuso financeiro do idoso

Tabela 25-Distribuição da amostra por género, de acordo com o total dos indícios de abuso do idoso, avaliados através da escala *QEEA*

Tabela 26-Estudo da consistência interna da escala *QEEA*

Tabela 27-Teste de *Kruskal-Wallis* entre a idade e os indícios de abuso do idoso

Tabela 28- Teste *Mann-Whitney* entre os diversos indícios de abuso e o género.

Tabela 29- Teste de *Mann – Whitney* entre o meio e os diferentes tipos de abusos

Tabela 30- Teste de *Mann – Whitney* entre coabitação e os diferentes tipos de abusos

Tabela 31-Teste *Mann-Whitney* entre a variável da frequência de Centros de Dia

/Associações e os diferentes tipos de abuso.

Tabela 32- Teste de *Mann – Whitney* entre a dependência económica e os diferentes tipos de abuso.

Tabela 33- Teste de *Kruskal –Wallis* entre a percepção do estado de saúde e os tipos de abuso.

Tabela 34- Teste de *Kruskal –Wallis* entre a dependência física e os tipos de abuso no idoso.

Tabela 35- Resultados do *Coefficiente da Correlação de Pearson* entre os vários tipos de indícios de abuso.

Tabela 36- Valores de p para o *Coeficiente da Correlação de Pearson* entre os vários tipos de indícios de abuso.

Índice de Quadros

Quadro 1- *Regressão Linear Simples* entre os Índícios de abuso físico do idoso e a MMSE.

Quadro 2- *Regressão Linear Simples* entre os Índícios de abuso emocional do idoso e a MMSE.

Quadro 3- *Regressão Linear Simples* entre os Índícios de abuso de negligência do idoso e a MMSE.

Quadro 4- *Regressão Linear Simples* entre os Índícios de abuso financeiro do idoso e a MMSE.

Quadro 5- *Regressão Linear Simples* entre o total dos indícios de abuso do idoso e a MMSE.

Quadro 6- Relação entre a Escala MMSE e os tipos de abuso de acordo com o coeficiente padronizado.

1.Introdução

A melhoria das condições de vida contribuiu para o aumento da longevidade que se pretende ser vivida pelos idosos com qualidade e bem-estar.

Uma análise retrospectiva das últimas décadas mostra que em 1960 os homens tinham uma esperança média de vida de 60,9 anos e as mulheres de 66,4 anos. Porém, em 2002 a esperança média de vida aumentou para 75,5 e 81 anos respectivamente para homens e mulheres (Vaz, M. et al, 2004).

Paralelamente a este fenómeno, ocorreu uma quebra na natalidade sendo Portugal um dos países da Europa que tem uma das menores taxas. Assistimos portanto, à passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevado para um modelo em que ambos os valores baixaram drasticamente.

Neste contexto de mudanças demográficas, associam-se também as mudanças sociais e familiares. Esta tendência demográfica não é acompanhada por um necessário investimento planeado no que respeita à rede de equipamentos e serviços, formação dos recursos humanos, promoção da cidadania e aposta na capacidade da estrutura familiar.

Com este aumento da Esperança Média de Vida, e com as transformações constantes da sociedade em geral, deparamo-nos com os problemas de respostas adequadas a esta faixa etária. Muitas das vezes, a família não consegue responder aos apelos dos idosos e actualmente em Portugal não existe capacidade para dar resposta a todos os pedidos de respostas sociais (lares, centros de dia, apoio domiciliário).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os abusos e maus-tratos às pessoas idosas constituem um grave problema escondido dos olhares públicos e profundamente subavaliados. Todavia a problemática da violência contra as pessoas idosas estende-se por um conjunto vasto de cenários e implica uma intervenção por parte de diversos actores sociais.

Estes abusos poderão ser manifestados sob a forma de abusos físicos, emocionais, financeiros e até negligência. Poderão igualmente ser praticados pelos filhos, familiares próximos e inclusivamente pelas próprias instituições de acolhimento a idosos (lares, centros de dia, apoio domiciliário).

Apesar de ser considerado um problema de saúde pública com um aumento previsível nas próximas décadas, não só porque a população está a envelhecer, mas também, e

principalmente, porque a par deste envelhecimento existe um sistema de saúde e de protecção social que não está preparado para fazer face eficazmente aos problemas e necessidades dos idosos e suas famílias, como nos expõe Ferreira-Alves (2005), este não é um assunto muito debatido na sociedade portuguesa.

Uma outra realidade é a escassa bibliografia referente à temática dos maus-tratos aos Idosos, principalmente no que diz respeito aos dados portugueses, nomeadamente estudos de investigação, de prevalência e de possíveis formas de intervenção.

Assim, perante esta realidade, e face à importância que a temática de abusos e maus-tratos em Idosos suscita, decidimos dedicar-lhe esta investigação confinando-a a Idosos do Distrito de Leiria.

Na sequência do ora dito, a finalidade desta investigação direcciona-se no sentido de identificar Indícios de abusos e maus-tratos em idosos do Distrito de Leiria, e os objectivos específicos por nós traçados consistem em:

- a) Identificar as características sócio-demográficas dos idosos em estudo;
- b) Determinar níveis de (In)dependência nas actividades de vida diária;
- c) Avaliar a capacidade cognitiva dos idosos inquiridos;
- d) Identificar a quantidade e tipo de ocupações dos tempos livres;
- e) Conhecer a percepção dos idosos sobre o seu estado de saúde;
- f) Identificar indícios de abuso e maus-tratos em idosos;
- g) Verificar se existe associação entre variáveis sócio-demográficas, psicossociais, níveis de dependência e estado de saúde e os indícios de abuso e maus-tratos em idosos.

Para logarmos os objectivos ora traçados, o presente estudo dividiu-se em duas fases. A primeira fase foi naturalmente dedicada à revisão da literatura. Terminada a predita fase entrámos na segunda fase inteiramente dedicada à investigação empírica. Foi precisamente no âmbito desta segunda fase que foi possível a utilização dos dados inquiridos de forma a pôr em prática a metodologia de trabalho e, por fim, alcançar as respectivas conclusões.

Caracterização Biopsicossocial dos Idosos

O envelhecimento é um fenómeno dinâmico com transformações ao longo do tempo, acarretando um declínio considerado normal. A velhice deverá assim então ser encarada como uma fase normal e produtiva do desenvolvimento humano e não como uma sucessão de problemas irresolúveis. (Jaques, 2004)

Pode, desta feita, entender-se também o envelhecimento como um processo gradual, que conduz a alterações no funcionamento do organismo, tornando o indivíduo cada vez menos capaz de se adaptar ao meio ambiente e, portanto, mais vulnerável às doenças. No entanto, o processo de envelhecimento não é sinónimo de doença. Na verdade, os idosos podem envelhecer de uma forma activa e saudável, adaptando a sua vida às suas limitações.

Para o mesmo autor, existem no entanto alterações às quais os idosos devem dar uma especial atenção, no sentido de prevenir novas patologias e permanecer activo com qualidade de vida. Deverão, conseqüentemente, atentar nas suas alterações biológicas, psicológicas e cognitivas.

Aspectos Biológicos

Wickens, 1980 (cit. por Serra, 2006) refere nos que no quotidiano, quando falamos em envelhecer falamos em ficar com mais idade, de facto isto acontece, mas só no que concerne ao desenvolvimento ou crescimento humano.

O ser humano envelhece de uma forma gradual, no processo de envelhecimento todos os sistemas de órgãos do organismo são afectados. (Freitas Miranda, 2006)

Depois de uma análise, deve ter-se em conta que mesmo algumas alterações consideradas normais podem provocar desconforto e dificuldades para a vida diária, tudo deverá ser feito no sentido destas serem minimizadas. (Rocha, F.;2008)

As alterações biológicas do organismo têm efeitos cumulativos, ocorrendo sempre de forma progressiva e irreversível. Todo o processo de envelhecimento resulta de factores internos e externos ao indivíduo. (Berger, 1995)

Aspectos cognitivos e psicológicos

Rubert e tal (et al.), 1996 (cit por Serra, 2006) afirmam que as aptidões cognitivas atingem o seu pico pela década dos 30, continuam estáveis até à década dos 50/60 e por volta dos 70 começam em declínio.

Spar e La Rue, 1998 (cit por Serra, 2006) referem que as pessoas mais idosas apresentam um discurso mais repetitivo. No desempenho de tarefas que implicam planear, executar e avaliar sequências complexas, os idosos costumam revelar-se mais lentos.

Os idosos são também mais lentos nos aspectos perceptivos, mnésicos e cognitivos bem como nas funções motoras.

Relativamente à visão, os idosos identificam caras e lugares que lhes são familiares, no entanto revelam dificuldade em reconhecer e reproduzir configurações complexas, por exemplo um mapa. (Serra,2006)

Um dos aspectos em que os idosos se assemelham aos jovens é na atenção, estes conseguem dirigi-la e mantê-la em determinado aspecto, no entanto, os idosos têm uma maior dificuldade em filtrar a informação ocasional e em repartir a atenção por múltiplas tarefas. (Serra, 2006)

Cohen, 2005 (cit por Serra, 2006) diz-nos que devemos diferenciar a inteligência em Inteligência Fluida e Inteligência Cristalina.

A inteligência Fluida é aquela que não depende de uma aprendizagem prévia. Esta relaciona-se com a informação acumulada e com o vocabulário adquirido desde os tempos da escola e, bem assim, ao longo da vida quotidiana. Esta inteligência diz respeito à aplicação das aptidões e do conhecimento previamente adquirido para resolver os problemas. Esta tende a declinar-se com a idade. Em contrapartida, a Inteligência Cristalina melhora e expande-se com o passar da idade. (Serra, 2006)

Neri (2006) afirma que, depois de ter investigado vários estudos, concluiu que, apesar da grande variabilidade deste fenómeno, as capacidades da inteligência fluida (mecânica cognitiva) se declinavam com a idade e a inteligência cristalina (pragmática cognitiva) atingia um grau de estabilidade, confirmando assim a teoria de Cohen.

A memória é um dos maiores objectos de queixa dos idosos. Segundo Ruber et al. (cit por Serra, 2006) a memória está subdividida em três categorias diferentes. A memória primária consubstancia a capacidade que o indivíduo tem para armazenar determinado acontecimento durante determinado tempo. Por sua vez, a memória secundária traduz-se na aquisição de nova informação e acaba por ser a mais prejudicada com o passar dos anos. Temos, por fim, a memória terciária, ou seja, aquela que está relacionada com os acontecimentos mais remotos, consolidados e armazenados há bastante tempo.

Segundo Pimentel, (2005) as alterações da memória não são assim tão significativas, verifica-se frequentemente uma diminuição da memória a curto prazo, mantendo-se a memória a longo prazo.

A memória pode ainda ser subdividida em memória semântica (capacidade de reter informações linguísticas) sendo esta pouco afectada com o envelhecimento e a memória episódica (capacidade de reter informações sobre acontecimentos que ocorreram recentemente) que é bastante afectada pelo envelhecimento. (Yassuda, 2006)

Aspectos sociais

O estatuto social de “velho” tem vindo a ser alterado ao longo da História. Na antiga Grécia, valorizava-se muito pouco a velhice, esta era encarada como ridícula e triste.

No início do séc. XX, a velhice tinha uma imagem altamente desvalorizada, associada à improdutividade. Foi a partir de meados dos anos 80 que se iniciaram alguns movimentos de apoio aos idosos, tais como os “*Panteras Grisalhas*”. Este movimento tinha dois objectivos bem claros: o primeiro, preocupar-se com a melhoria geral das condições de vida gerais dos idosos (promovendo assim um novo conceito de lar de terceira idade, de melhoria no sistema nacional de saúde, entre outros) o segundo, defender que qualquer tipo de intervenção executada nesta área deveria ser social e politicamente integrada. (Dias, I, 2005)

Moragas, (1991) citado por Pimentel (2005), refere que as limitações com as quais o idoso se depara devem-se essencialmente aos obstáculos impostos pela Sociedade, mais do que às próprias barreiras impostas pelas características individuais do envelhecimento, o que condiciona o seu estatuto e posição na sociedade.

Silva, (1999) citado por Pimentel, (2005) afirma que todos os tipos de exclusão e de discriminação em função da idade podem ser considerados como formas de violência que é exercida de um modo mais ou menos subtil, mas que não precisa de implicar agressões físicas para provocar sequelas nos indivíduos.

Segundo Dias, I. (2005), actualmente o envelhecimento é encarado como uma categoria social uniforme, ou seja, não se encaram os idosos como as pessoas que partilham uma diminuição das suas capacidades vitais e dos recursos sócio económicos, mas sim, como potenciais segmentos específicos de consumos, tais como o tempo de lazer, de liberdade e de auto aperfeiçoamento, por exemplo, através do turismo sénior e da Universidade da Terceira idade.

Envelhecimento em Portugal

O estudo demográfico da população Portuguesa, permite-nos compreender algumas das alterações (das populações por faixa etária) que têm vindo a acontecer na nossa população. Podemos ainda verificar que estamos a assistir a uma diminuição da fecundidade e um aumento do número de idosos com idade igual ou superior a 65 anos. (Carrilho,2008)

A dinâmica de crescimento da população Portuguesa, nos primeiros anos do século XXI, caracterizou-se essencialmente pela redução da natalidade, pelo aumento da migração e também pelo aumento do envelhecimento demográfico. (Carrilho,2008)

Desde 1991 (data dos últimos sensos) até 2006, a esperança média de vida no nosso país teve um aumento de 3,7 anos. A população idosa (com idade igual ou superior a 65 anos) no ano 2000 representava 16,4% da população, sendo que em 2006 representava 17,3% da população. (Carrilho,2008)

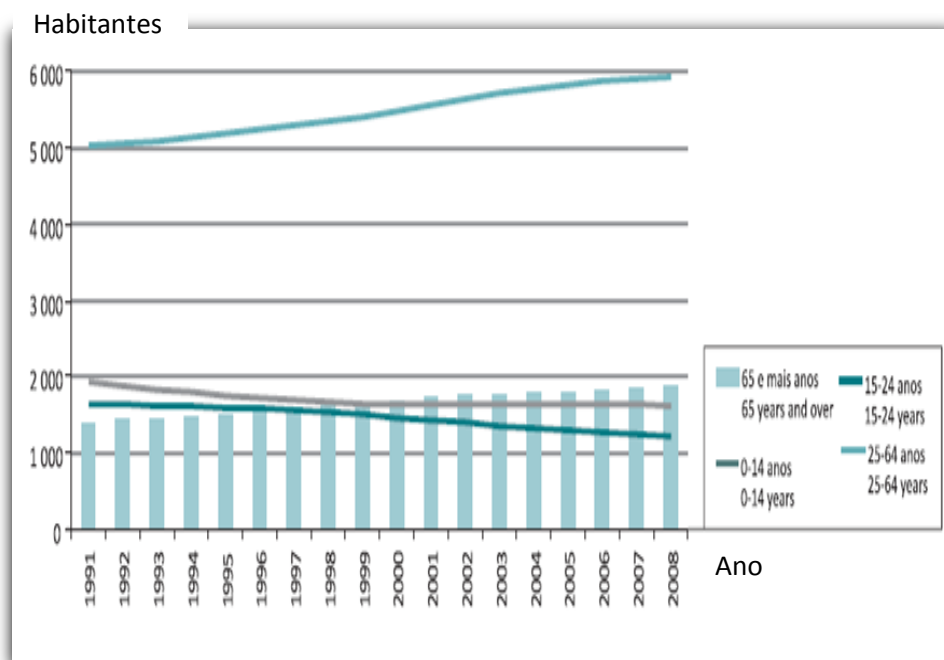


Figura 1. A Esperança Média de Vida em Portugal do ano 2000 ao ano de 2006

De: A Esperança Média de Vida em Portugal do ano 2000 ao ano de 2006, Anuário Estatístico de Portugal por INE 2008

O envelhecimento em 2001 (para idosos com idade igual ou superior a 75 anos) era de 6,9% e em 2007 atingiria os 7,7%. Da população idosa, verificou-se também que a tendência é mais evidente no sexo feminino, ou seja, no ano 2000 as mulheres representavam 8,1% da população com idade igual ou superior a 75 anos e no ano de 2006 era de 9,3%. (Carrilho,2008)

Podemos, assim, verificar que segundo o Instituto Nacional de Estatística, a população com idade igual ou superior a 75 anos representa metade da população idosa.

Tem-se vindo a verificar um aumento da população idosa, nomeadamente nos cidadãos com idade igual ou superior a 80 anos. Encontramos no ano de 2006, 22,9% de mulheres com idade igual ou superior a 80 anos e 25,4% de homens com idade igual ou superior a 80 anos, o que nos leva a observar um fenómeno de taxa de mortalidade masculina mais evidente nesta faixa etária. (Carrilho,2008)

A estrutura etária da população portuguesa resulta essencialmente das diferentes evoluções dos movimentos, natural e migratório, numa nova distribuição de grupos etários com o número de pessoas idosas superior ao número de jovens.

Em 2006, para cada 100 jovens, com menos de 15 anos; teríamos 112 idosos (com idade igual ou superior a 65 anos). (Carrilho,2008)

A 31 de Maio de 2010 encontramos uma população de 1 616 617 de jovens com menos de 15 anos e 1 901 153 de idosos com idade igual ou superior a 65 anos. (INE, 2010)

Sexo	Grupo etário (Por ciclos de vida)	População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual			
		Período de referência dos dados			
		2009			
		Local de residência			
		Portugal	Continente	Região Autónoma dos Açores	Região Autónoma da Madeira
		N.º	N.º	N.º	N.º
HM	Total	10 637 713	10 144 940	245 374	247 399
	0 - 14 anos	1 616 617	1 528 075	45 427	43 115
	15 - 24 anos	1 181 435	1 111 700	36 184	33 551
	25 - 64 anos	5 938 508	5 666 838	133 068	138 602
	65 e mais anos	1 901 153	1 838 327	30 695	32 131
H	Total	5 148 203	4 909 494	121 733	116 976
	0 - 14 anos	828 733	783 216	23 358	22 159
	15 - 24 anos	602 821	566 970	18 592	17 259
	25 - 64 anos	2 923 237	2 789 330	67 332	66 575
	65 e mais anos	793 412	769 978	12 451	10 983
M	Total	5 489 510	5 235 446	123 641	130 423
	0 - 14 anos	787 884	744 859	22 069	20 956
	15 - 24 anos	578 614	544 730	17 592	16 292
	25 - 64 anos	3 015 271	2 877 508	65 736	72 027
	65 e mais anos	1 107 741	1 068 349	18 244	21 148

População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Última actualização destes dados: 31 de Maio de 2010

Figura 2. População residente em Portugal, por local de residência, sexo e grupo etário, ano de 2009

Fonte: População residente em Portugal, por local de residência, sexo e grupo etário, ano de 2009, por INE, 2010

As projecções do INE apontam para a diminuição da população, e para a progressão do fenómeno do envelhecimento, mesmo na hipótese de os níveis de fecundidade aumentarem e de os saldos migratórios continuarem positivos.

O envelhecimento demográfico apresenta-se, na verdade, como um fenómeno irreversível. (Carrilho,2008)

Estudo demográfico do distrito de Leiria

O distrito de Leiria é subdividido em 16 municípios. O concelho mais populoso deste distrito é o de Leiria, que conta com mais de cem mil habitantes. Alcobaça, Caldas da Rainha e Pombal têm mais de 50 mil habitantes. (Governo Civil ,2006)

Segundo o Governo Civil, a população residente no distrito, no ano de 2005, era de aproximadamente 475662 habitantes, sendo que em Portugal no mesmo ano a população era de 10569592. (Governo Civil ,2006)

A mesma fonte indica-nos ainda que de 2002 a 2006, neste mesmo distrito, o índice de envelhecimento aumentou em cerca de 0,15%. Como tal a população em 2005 no distrito com mais de 65 anos obtinha uma percentagem de 18,37%, sendo que a percentagem de portugueses com mais de 65 anos nesse mesmo ano seria de 17,3%. (Governo Civil ,2006)

Uma associação do concelho, denominada Mulher Séc. XXI, que tem como principal objectivo prestar apoio às vítimas, promoveu na população do concelho um projecto denominado Renascer do Silêncio. Com o predito projecto pretende-se fundamentalmente alcançar a prevenção e o combate à violência contra as pessoas idosas no concelho. (Gonçalves, M.; Antunes, A.; Louro, C. & Correia, J.(2010)

A associação, na senda de vários estudos e de dados fornecidos pelo Comando da PSP de Leiria, concluiu que 3,8% da população com mais de 65 anos no concelho de Leiria é vítima de violência doméstica. Concluiu igualmente que, 7,5% dos agressores têm também mais de 65 anos e são na sua maioria homens (cônjuge, companheiro). (Gonçalves et al, 2010)

Este estudo refere ainda que, de 1 de Janeiro a 31 de Agosto de 2010, 16,2% dos pedidos de ajuda no CAVVDDL (Centro de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica do Distrito de Leiria) eram referentes a pessoas com mais de 65 anos.

Com os números de violência contra idosos a aumentar, a associação Mulher Sec.XXI, tenta apostar na prevenção, informação, sensibilização e apoio psicológico às suas vítimas. (Gonçalves et al, 2010)

O idoso e a família

Segundo Barros de Oliveira, 2008, a problemática dos idosos no seio familiar é, hoje em dia, um tema de interesse ao qual se deve dedicar especial atenção.

Como é verificável pelos dados do INE, a população portuguesa está a envelhecer, e como tal torna-se imperioso criar “infra-estruturas” para lhes poderem dar respostas adequadas.

A família poderá ser a melhor resposta às necessidades do idoso, no entanto, esta poderá sofrer graves alterações ou até mesmo crises, quando se predispõe a cuidar destes mesmos idosos. (Oliveira, B. ,2008b)

É na família que o idoso tem permanente apoio de ao nível da sustentação e pertença e de saúde. Quando a família está impossibilitada de prestar assistência, o idoso fica exposto a situações de dificuldades significativas sob vários aspectos tanto físicos como psíquicos ou sociais. (Mazza,M.,2005)

Nas sociedades ocidentais os idosos preferem viver de forma independente, ainda que perto dos seus filhos ou outros familiares, tentando desta forma ter a sua privacidade sem perder a interacção familiar; no entanto, existem uma série de condicionantes que vão ditar se este idoso terá ou não uma velhice com respostas adequadas às suas necessidades.

Estes factores prendem-se essencialmente com a idade do idoso, o seu estado de saúde física e psíquica, as suas condições financeiras (bem como as da família) e as expectativas que todos têm de todos dentro do sistema. (Oliveira, B., 2008b)

Segundo Brengston e Treas, 1980 (cit por Oliveira, B., 2008), pese embora o facto de os familiares serem a fonte preferida de conforto e ajuda nas crises, se a expectativa de receber assistência dos familiares é elevada e estas não são correspondidas o idoso pode ficar deprimido.

Abusos nos idosos

Segundo Fernandes & Dionísio (2010), Portugal é um dos países europeus com uma maior taxa de envelhecimento e a especial vulnerabilidade dos idosos, leva a adaptações tanto nas famílias como nas entidades prestadoras de cuidados.

Todos estes sistemas têm uma grande responsabilidade perante o acompanhamento biopsicossocial do idoso. No entanto a Organização Mundial de Saúde, indica-nos que os abusos e os maus-tratos às pessoas idosas são um grave problema de ordem pública.

As situações de maus-tratos não estão confinadas apenas àquelas pessoas que são marginalizadas pela sociedade, ou ainda àquelas que estão institucionalizadas. Com efeito, a violência pode ser verificada em qualquer local.

Segundo Dias, 2004 (cit por Borralho et al, 2010) a maioria dos casos de abuso, verifica-se nos domicílios, dado que é neste local que a maioria dos idosos habita.

O mesmo autor afirma ainda que na origem destes abusos estão implicados factores sociais, culturais, familiares e individuais. (Borralho et al, 2010) Os maus-tratos aos idosos assemelham-se aos maus-tratos feitos a crianças, dada a fragilidade e dependência de ambas as idades. (Oliveira, B., 2008a)

Alguns dos maus-tratos sobre os idosos traduzem-se na violência mais ou menos camuflada sob a forma de maus-tratos físicos que podem começar no seio familiar e distender-se até aos Centros de Dia e até mesmo nos Lares de Idosos. (Oliveira, B., 2008a)

Em 1987, a American Medical Association Council on Scientific Affairs, citada por Paulos (2007), refere o mau-trato a pessoa idosa como sendo qualquer acto de comissão ou

omissão que resulta em dano ou ameaça de dano para a saúde e para o bem-estar de pessoas de idade avançada.

A National Center on Elder Abuse, (2007) afirma que o abuso a idosos se pode verificar em três categorias: o abuso doméstico dos idosos, o abuso a idosos em instituições e o auto-abuso.

Ferreira-Alves, (2006), refere sete tipos de abusos para idosos não residentes em instituições: sexual, emocional ou psicológico, exploração material e financeira, abandono, negligência e auto-negligência.

Segundo Dias, I. 2005, podemos assistir a diversos tipos de abusos praticados nos idosos. O abuso físico, caracteriza-se pela prática de injúria ou coerção física. Pode levar o idoso às lesões físicas e simultaneamente psicológicas, traduzindo-se em diminuição da mobilidade, confusão e alterações comportamentais.

O abuso psicológico verifica-se através da prática de angústia e sofrimento mental. É infligido através da agressão verbal, insultos, ameaças, infantilização e humilhação. O idoso que é vítima deste tipo de abuso, sente geralmente medo em tomar decisões, e verifica-se no próprio uma baixa auto-estima.

Segundo Browne & Herbert, 1997; Decalmer & Glendenning, 1997 (cit por Alberto, I.,2004) o abuso psicológico integra humilhação, ou seja, actos de ridicularizar, rejeitar, envergonhar, censurar, culpar, hostilizar, tal como insultar, intimidar, amedrontar, manipulação, ao interferir nas decisões, privar emocionalmente, falsificar informação, recusar informação, isolar socialmente, abusar de direitos (de autoridade profissional, de guarda desnecessários entre outros), ameaçar de internamento, de pôr fora de casa e material, com o uso inadequado do espaço pertencente ao idoso, invasão de privacidade, desorganização da casa e roubo. (Alberto, I.,2004)

O abuso material traduz-se no abuso financeiro do idoso, na apropriação dos seus bens, na negação ao acesso dos seus bens, na coerção de deixar testamentos específicos aos agressores.

Por fim a negligência, que como vimos integra outra das formas de abuso nos idosos, pode ser verificada sob duas formas. A negligência activa, por um lado, e a negligência passiva, por outro. Enquanto a primeira consiste na recusa intencional ao nível da prestação de cuidados, a segunda não configura o elemento intencional. (Dias, I., 2005)

Factores de risco na família e nas instituições

Na família

A pesquisa feita acerca do abuso de idosos tem-se preocupado em identificar os factores que levam à vulnerabilidade destas práticas nos mesmos. (Dias, I.,2005)

Rosalie S. Wpolf &Karl A.Pellemer (cit por Dias, I.,2005) referem cinco perspectivas que identificam estes factores e os explicam. Vejamos: teorias das dinâmicas intra- individuais; teoria da transmissão intergeracional do comportamento violento; teoria das relações de troca e dependência; teoria do stress e teoria do isolamento social.

As teorias das *dinâmicas intra-individuais* consideram que os idosos que estão ao cuidado dos familiares, e que demonstram problemas mentais, emocionais ou de caris psicopatológico, correm um maior risco de se tornarem vítimas de abusos. O mesmo se verifica quando estes mesmos familiares são adictos a álcool, drogas ou outras substâncias químicas. (Dias, I.,2005)

Esta perspectiva remete-nos para a conclusão de que a responsabilidade da prestação de cuidados aos idosos não pode, de todo, cair sobre os indivíduos que manifestam tais características.

A perspectiva da *transmissão intergeracional* diz-nos que os cuidadores que foram expostos a situações de violência durante a infância, e que foram vítimas, durante este mesmo período (por parte dos membros mais velhos), fizeram uma aprendizagem de comportamentos abusivos que muito provavelmente se traduzirá numa reprodução destes mesmos comportamentos. (Dias, I.,2005) Neste contexto, esta teoria afirma ainda que as pessoas que cometem actos de abusos sobre os idosos foram, na maior parte das vezes, educadas em contextos familiares violentos. Porém, nos últimos anos, tem-se verificado que nem sempre o “ciclo de violência” se reproduz. De facto, existem diferenças importantes entre esta forma de violência e a que é praticada sobre as crianças e as mulheres. (Dias, I.,2005)

Nas relações que envolvem uma *troca de dependência* tem-se verificado um grande número de abuso de idosos. Segundo Rosalie S. Wpolf &Karl A.Pellemer (cit por Dias, I.,2004) os familiares que praticam estes tipos de abusos são, na sua maioria, mais dependentes dos idosos que o contrário. Esta dependência faz-se sentir essencialmente nos domínios da habitação/residência, no sustento do lar, no apoio financeiro e até mesmo ao nível dos transportes.

Verifica-se também uma maior incidência sobre a mulher idosa. Esta, na maior parte dos casos, apoia os filhos (ou cuidadores) incondicionalmente e tem a percepção de que

existe uma troca desequilibrada, ou seja, dá muito e recebe muito pouco em termos dos cuidados e atenção que necessita. (Dias, I.,2005)

O *stress* é outro dos factores apontados como factor de risco. Acontecimentos como o desemprego, dificuldades financeiras, divórcio entre outros, podem potenciar no indivíduo comportamentos violentos. (Dias, I.,2005)

Por fim, temos o *isolamento social* como mais um factor de risco para os idosos. Esta variável, na maioria das vezes, está presente nos idosos que são vítimas de violência física.

É de salientar que, quando se verificam episódios de abuso estes tendem a ser repetitivos e apenas cessam no momento em que ocorre uma alteração significativa no meio circundante. (Gonçalves, 2006)

Em continuidade o autor defende que, na maioria dos casos, a vítima e as famílias recusam ajuda. As vítimas têm receio de retaliações, da perda de independência e de alteração do local que habitam. Muitas vezes, estão subjacentes sentimentos de culpa e vergonha, auto-estima reduzida, reflectindo na vítima a indisponibilidade de tomar medidas legais, sobretudo quando o agressor é membro da família, para evitar quebrar laços familiares. (Machado e Queirós, 2006)

É de ressaltar que, o apoio comunitário, a integração na rede alargada das relações de parentesco e de vizinhança, surgem como medidas inibidoras na prática de abusos sobre os idosos na família. (Dias, I.,2004)

Nas instituições

O risco de abuso de idosos também existe em instituições como hospitais e lares de idosos. Os actos de abuso em instituições para idosos incluem ainda restrições físicas dos doentes, privação da sua dignidade e poder de escolha nas suas opções diárias, escassez de cuidados. (Gonçalves, 2006)

Nestes espaços os idosos podem correr o risco de serem vítimas de maus-tratos devido ao seu estado de dependência e de debilidade física. Encontramos também idosos que temem retaliações em casos de denúncia, pois, na maioria das vezes, estes não conhecem os seus direitos. (Dias, I.,2005)

Nestas instituições, em particular, o abuso ocorre mais frequentemente pois verifica-se que os cuidados base são escassos, os profissionais têm pouco treino ou elevada carga horária/trabalho, o ambiente físico é precário e a política da instituição opera segundo interesses da própria, e não segundo os interesses dos idosos residentes. (Gonçalves, 2006)

Independentemente do grau de (des)conhecimento que estes idosos possuam, os abusos que se praticam com maior frequência são os seguintes: restrições excessivas, sob ou sobre medicação, agressão verbal, abuso material ou financeiro. Os idosos podem ainda vir a ser alvo de processos de infantilização, de despersonalização, de desumanização e de vitimação. (Dias, I.,2005)

Segundo Kleinschmidt e Rey & Browne (cit por Gonçalves, 2006) a relação cuidador-idoso é, sem dúvida, stressante e só se transforma em violenta quando o cuidador se isola socialmente, quando sofre de depressão ou problemas psiquiátricos, quando os laços afectivos com o idoso são fracos ou quando o cuidador foi vítima de violência por parte do idoso. (Gonçalves, 2006)

Caldas, (cit por Gonçalves, 2006), refere-se ao processo de sofrimento dos prestadores de cuidados que, com dificuldade e tantas vezes sem apoio, conseguem cuidar dos idosos, fazendo adaptações na sua vida, o que acarreta custos materiais e desgaste físico e mental. (Gonçalves, 2006)

Já no que concerne aos lares verifica-se que, muitos deles, não promovem a independência nos idosos, não lhes permitindo executar tarefas de forma mais responsável e autónoma. A cada vez maior sobrelotação destas instituições reflecte-se, indiscutivelmente, na qualidade das suas prestações de serviços. Consequentemente, verifica-se um exponencial aumento da taxa de actos negligentes e abusivos. Do mesmo modo, o risco também é maior sempre que nos encontramos na presença de idosos que apresentam um estado de saúde mais precário ou que se encontram socialmente mais isolados (com a sua rede de parentesco, amigos e comunidade ausente). (Dias, I.,2005)

Outros dos factores ainda a ter em conta são as crenças adquiridas. Estas podem provocar nos idosos sentimentos de culpa, baixa auto-estima, depressão, perturbações do sono e todas estas crenças vão reforçar a dependência e o estigma social. (Dias, I.,2004).

Dadas as alterações nos sistemas familiares, é necessário criar e recriar as respostas sociais adequadas às necessidades dos idosos, para que desta forma se possa interagir com as instituições e com as famílias, de modo a prevenir situações de violência. (Dias, I.,2005)

Características da vítima

Segundo Alberto, I.(2004), depois de analisar vários estudos de diversos autores tais como Browne e Herbert (1997) e Decalmer e Glendenning(1997), refere que as vítimas são mulheres mais velhas, com mais de sessenta anos, e os idosos mais sós, mais dependentes,

por doença física ou mental. Este perfil de pessoas tem mais probabilidade de vir a ser maltratado, independentemente da sua classe social.

Finkelhor e Pillemer (1988) (cit. por Decalmer & Gledening, 1997) (cit. por Alberto, I., 2004) encontraram, nas suas investigações, mais homens abusados do que mulheres, destacando que estas são vítimas mais visíveis por sofrerem de abusos mais sérios, sendo por isso mais identificados nos serviços de apoio às vítimas.

Towsend (1981) citado por Dias, (2004) afirma que a dependência não é um aspecto central e defende que são as estruturas sociais e económicas que colocam o idoso nessa dependência, não decorrendo essencialmente das características do envelhecimento.

Decalmer & Gledening, (1997), Marriot (1997) e Nolan (1997) (cit. por Alberto, I., 2004), defendem ainda que a ideia de dependência da vítima não é universal e que, muitas vezes, os próprios agressores são dependentes. Desta forma explicam esta dependência como “argumento” para a prática de maus-tratos.

Características do Agressor

Segundo Browne & Herbert (1997) cit. por Alberto, I. (2004), os agressores são geralmente familiares dos idosos, partilham os mesmos espaços com as vítimas, nomeadamente cônjuges ou filhos adultos; mas também poderão ser sobrinhos ou netos que vivem com a vítima.

Segundo os mesmos autores, os agressores tendem também a apresentar hábitos de consumo de álcool e drogas, bem como a manifestar sintomas depressivos e/ou isolamento social. Os autores referem ainda que o *stress do cuidado*, que pode ter origem externa (problemas financeiros, sobrecarga de trabalho ou tantas outras dificuldades), ou origem interna (na própria relação de prestação de cuidados), e que pode co-ocorrer com a falta de suporte social e /ou familiar.

Browne & Herbert (1997), Decalmer & Glendenning, 1997; Nolan, 1997 (cit. por Alberto, I., 2004) referem que a história de violência familiar e o recurso à violência como reguladora das relações interpessoais parecem estar presentes na figura do agressor. Os autores, com base nos estudos feitos por Wolf (1986) e Pillemer (1986), afirmam que outro dos aspectos a considerar é a relação de dependência dos agressores relativamente ao idoso. Na maior parte dos casos, estes são agressores que dependem financeira ou habitacionalmente das vítimas.

Decalmer & Glendenning (1997) e Marriot (1997) assinalam, como factores presentes em contexto de maltrato do idoso, uma comunicação muito pobre entre a vítima e o agressor;

bem como situação onde os cuidadores tiveram de abdicar da sua vida profissional para se dedicar exclusivamente a cuidar do idoso.

Estes factores ultrapassam tanto os agressores quanto as vítimas, encaminhando-se assim para a relação entre ambos. (Alberto, I.,2004)

Características relacionais

Browne & Herbert, 1997 e Marriott, 1997 (cit. por Alberto, I.,2004) consideram que existem vários aspectos que podem estar presentes numa dimensão apreciável na relação violenta entre idoso e cuidador nomeadamente o processo de transmissão intergeracional da violência/cuidados, ou seja os sujeitos que vivenciaram violência no seu contexto familiar; por um processo de aprendizagem social, tendem a recorrer à violência, no sentido de controlar as relações e desta forma lidar com o stress, a frustração e a raiva; construindo assim um ciclo de violência familiar.

Existe também o processo de vinculação que visa estabelecer os laços afectivos entre duas pessoas. Quando os pais estabelecem este tipo de vinculação com os filhos, e existem sentimentos como o amor, o risco da violência nos idosos de filhos para pais é pequeno, contrariamente, se estivermos perante progenitores que não estabeleceram esta relação de vinculação com os filhos, o risco é maior e podem revelar-se comportamentos violentos por parte dos filhos. (Alberto, I.,2004)

Características socioculturais

Segundo Decalmer & Glendenning (1997) e Phillipson(1977) quando falamos do mau trato do idoso falamos necessariamente de representações sociais e de estruturas sociais que dão apoio à velhice.

Existe uma série de expressões onde o idoso é infantilizado, diminuído e adjectivado de forma depreciativa. Encontramos também a relação entre a pobreza e a idade que, por sua vez, se relacionam directamente com a velhice podendo, inclusivamente, culminar na inutilidade, na falta de produtividade, na invalidez e na doença. (Alberto, I.,2004)

2. Metodologia e objectivos do estudo

Depois da análise de dados fornecidos pelo INE, verificou-se que, em Portugal, nos próximos 25 anos, o número de idosos poderá ultrapassar o dobro do número de jovens.

Poderá igualmente ocorrer um decréscimo populacional a partir de 2010, que se deverá verificar até 2050, a par de um continuado envelhecimento populacional, com um aumento do índice de dependência de idosos para valores próximos dos 58 idosos por cada 100 pessoas em idade activa (mais do dobro dos actuais 26) ou do índice de envelhecimento para 242 idosos por cada 100 jovens (também mais do dobro dos actuais 112), podendo ultrapassar os 200 idosos por cada 100 jovens em 2033. (INE,2007)

Assim sendo, deverá ter-se em conta que os objectivos em estudo têm subjacente a incorporação da informação existente à época e relevante à data da sua execução, no que se refere às dinâmicas populacionais. Deste modo, os resultados obtidos são sempre condicionais, dependentes da confirmação, ou infirmação, dos parâmetros estabelecidos para cada cenário. (INE,2007)

Perante os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística, perante as recomendações da OMS e perante a vulnerabilidade que os idosos apresentam, este estudo tem como finalidade identificar Indícios de abusos e maus-tratos em idosos do Distrito de Leiria.

Os objectivos específicos consistem em:

1. Identificar as características sócio-demográficas dos Idosos em estudo;
2. Determinar níveis de (In)dependência nas actividades de vida diária;
3. Avaliar a capacidade cognitiva dos idosos inquiridos;
4. Identificar a quantidade e tipo de ocupações dos tempos livres;
5. Conhecer a percepção dos idosos sobre o seu estado de saúde
6. Identificar indícios de abuso e maus-tratos em idosos
7. Verificar se existe associação entre variáveis sócio-demográficas, psicossociais, níveis de dependência e estado de saúde e os indícios de abuso e maus-tratos em idosos

2.1 Materiais e Métodos

Esta investigação decorreu em meio natural, uma vez que, foi desenrolada fora de laboratórios e de ambientes controlados. Os indivíduos constituintes da amostra foram inquiridos individualmente, pela investigadora.

Inicialmente, foram enviados, para “Lares” e “Centros de Dia”, os necessários pedidos de autorização para a recolha de dados (cf. Anexo 1). Note-se que a recolha de dados foi levada a cabo, não só em diferentes instituições vocacionadas para a terceira idade, como também como nos domicílios dos próprios Idosos.

A amostra do nosso estudo é do tipo não probabilístico por conveniência. É constituída por 85 pessoas de ambos os sexos com idades superiores a 65 anos, sem défice cognitivo (avaliado pelo Mini Mental State Examination) residentes no concelho de Leiria. A escolha desta faixa etária prende-se com o conceito administrativo de idoso segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) para os países desenvolvidos.

Trata-se de um estudo do tipo epidemiológico e transversal, pois a colheita de dados foi efectuada durante determinado tempo; é também descritivo e correlacional, uma vez que a finalidade do estudo era determinar a existência ou não de relação entre as variáveis e a descrição dessas mesmas relações.

O método privilegiado nesta pesquisa é de carácter quantitativo.

2.2 Local

A investigação decorreu durante os meses de Maio a Novembro de 2010. A recolha de dados foi efectuada junto das seguintes instituições: Centro Social Baptista de Leiria; Lar e Centro de Dia Nossa Sra. da Piedade, na vila de Monte Redondo; Lar Alexandrina Bartolomeu, no concelho de Batalha e na Santa casa da Misericórdia do Louriçal, no concelho de Pombal. Como já tivemos oportunidade de referir anteriormente, a investigação decorreu igualmente em domicílios particulares de alguns idosos que se voluntariaram para o estudo em diferentes freguesias do distrito.

2.3 Instrumentos

Questionário de recolha dos dados demográficos

Este questionário teve como objectivo recolher os dados que permitam fazer a caracterização sócio-demográfica da amostra. Este foi constituído por questões que

caracterizassem a amostra quanto ao género, idade, habilitações literárias, habitação, coabitação, inserção em apoios sociais, e percepção do estado de saúde (cf. Anexo 2).

Índice de Katz

Katz e a sua equipa desenvolveram, em meados dos anos 50, o “Index of ADL (Index of Activity Daily Living)” (cf. Anexo 3). Este era um instrumento de medida das actividades de vida diária hierarquicamente relacionadas e organizado para mensurar independência no desempenho de seis funções. (Duarte, Y., Andrade, C. & Lebrão, M., 2007)

Segundo Katz et al, 1963, (cit por Mendes, S. 2008) o Índice de Katz foi desenvolvido para medir o funcionamento físico das pessoas idosas e doentes crónicos. É actualmente usado para indicar a severidade da doença crónica e avaliar a eficácia do tratamento; para além de fornecer valores preditivos no curso de uma doença específica.

Segundo Katz et. al. ,1963, (cit por Mendes, S. 2008), esta escala avalia a independência em seis actividades de vida diária; lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se.

O entrevistador, através da observação, pontua cada actividade numa escala de três pontos de independência.

O primeiro passo na pontuação envolve a transposição da escala de pontuação de três pontos para uma classificação independente/dependente, usando as definições propostas por Katz. Finalmente é-lhe atribuído uma das pontuações finais:

- A- É independente em; lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se.
- B- É independente em todas as funções excepto uma.
- C- É independente em todas as funções excepto lavar-se e vestir-se.
- D- É independente em todas as funções excepto lavar-se e vestir-se e outra função.
- E- É independente em todas as funções excepto lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita e outra função.
- F- É independente em todas as funções excepto lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se e outra função.
- G- Dependente em todas as funções. (Mendes, S. 2008)

Segundo Duarte & Andrade, 2007, a classificação pode ainda agrupar-se em três estados. O Primeiro estado que se refere a uma maior independência, considera as letras A e B. O segundo estado que considera a uma dependência intermediária (parcialmente

dependente) considera as letras C, D e E. Por fim o ultimo estado que considera os idosos dependentes considera as letras F e G.

Mini mental State Examination

O Mini- Mental State (cf. Anexo 4), foi criado por Folstein et al .Só no ano de 1993 é que o MMS foi adaptado para a população portuguesa. Esta adaptação foi concebida por Manuela Guerreiro et al.. Esta adaptação foi desenvolvida no Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hospital de Santa Maria.

O Mini-Mental é uma medida objectiva e breve que avalia, de forma estruturada, algumas funções cognitivas, tais como: a orientação temporal e espacial, a memória de retenção e evocação, a atenção e o cálculo, a actividades ligadas à linguagem, podendo ser aplicada em 5 a 10 minutos. (Guerreiro et al , 1994)

São, no total, 30 itens, com pontuação de 0 e 1. Para a identificação de demência o ponto de corte considerado é a transição 21/22. Há que ter em atenção que os resultados obtidos são afectados pelo nível de instrução dos indivíduos. (Guerreiro et al., 1994)

Nesse sentido, foi validada uma versão portuguesa, onde constam palavras e expressões comuns na linguagem nacional, e para a qual foram calculados três pontos de corte, de acordo com a escolaridade dos indivíduos: analfabetos – 0 a 15 pontos (com demência), 16 a 30 pontos (sem demência); 1 a 11 anos de escolaridade – 0 a 22 pontos (com demência), 23 a 30 pontos (sem demência); mais de 11 anos de escolaridade – 0 a 27 pontos (com demência), 28 a 30 pontos (sem demência) (Guerreiro et al., 1994)

Tombaugh e McIntyre observaram que a escala tem boa consistência interna e fiabilidade teste-reteste.

Eles também demonstraram que o ponto de corte 23/24 tem boa a excelente sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de demência. (Almeida, O., 1998)

Question to Elicit Elder Abuse (QEEA)

Segundo Alves, 2005 (cit por Borralho,O.;Lima,M. &Alves, J., 2010) O QEEA de (Carney, Kahan & Paris, 2003) foi adaptado para a população portuguesa por José Ferreira Alves e Mónica Sousa (2005). Esta adaptação foi feita através de um estudo sobre indicadores de maus-tratos físicos, psicológicos, financeiros e de negligência numa população idosa da cidade de Braga.

Os autores deste instrumento indicam um conjunto de 15 questões que nos apontam para indicadores prováveis de abuso (cf. Anexo 5). Todas as questões são de resposta fechada (sim ou não) e a avaliação do abuso físico e de negligência comportam quatro questões em cada um desses domínios; a avaliação do domínio emocional comporta cinco questões e a exploração financeira comporta apenas duas. (Borrvalho et al., 2010)

Na questão 9, que funciona de forma diferente da já referida, questiona-se o utente sobre o que acontece quando a(s) pessoa(s) com quem vive não concordam consigo em alguma coisa e dá-se 7 hipóteses às quais o utente responde sim ou não. (Borrvalho et al., 2010)

Cada participante obtém uma pontuação que é relativa à soma de respostas afirmativas às perguntas, ou seja, quando o mesmo responde sim revela um indicador de abuso, se responde não a alguma questão o indicador a que se refere é inexistente. (Borrvalho et al., 2010)

Existem duas questões que são exceção a esta regra, as questões 12 e 13 indicam abuso no caso de ser dada uma resposta negativa. (Borrvalho et al., 2010)

2.4 Procedimentos

A variável dependente no nosso estudo é constituída pelos Indícios de Abusos (nas suas vertentes físicas, emocionais, financeiras e de negligência) nos Idosos do Concelho de Leiria.

As variáveis independentes estarão subdivididas em *i)* Sócio-Demográficas que contemplam a idade, o género, o estado civil, as habilitações literárias, o local de residência, o tipo de habitação e a coabitação; *ii)* Económicas que têm em conta os meios de subsistência e a dependência económica; *iii)* de caracterização do Estado de Saúde, que indica o grau de dependência e a capacidade cognitiva do idoso; *iv)* Psicossociais que nos indicam o acompanhamento diurno, nocturno, visitas, apoio social, lazer e percepção do estado de saúde.

A análise dos dados foi feita através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0.

3. Resultados

A caracterização sócio-demográfica da amostra do distrito de Leiria inclui as seguintes variáveis independentes: idade, género, estado civil, habilitações literárias, local de residência, tipo de habitação e o meio de subsistência.

Assim considerando o género e a idade, podemos verificar que, dos 85 idosos, 23 (27%), são do género masculino e 62 (73%) pertencem ao género feminino.

A média das idades da amostra é de 80,99 anos, com um desvio padrão de 8,18 e um coeficiente de variação de 10%, o que demonstra que existe uma dispersão fraca em torno da idade.

Para o sexo masculino a média é de 80,91 anos, com um desvio padrão de 8,754. O mínimo de idade para o género masculino foi de 65 anos e o máximo de 95 anos. No sexo feminino foi verificada uma média é de 80,02 anos, com um desvio padrão de 8,03. O mínimo de idade para o género feminino foi de 65 anos e o máximo de 98 anos. Os valores de simetria (SKewness/erro=0,261), e curtose (Kurtosis/erro=0,517), que indicam uma curva Gaussiana.

O teste de Kolmogorov-Smirnov(KS) permitiu analisar que a variável idade segue uma distribuição normal. (c.f. Tabela 1)

Tabela 1
Estatística relativa à idade de acordo com o género

Género	Nº	%	Min.	Máx.	Média	Desvio Padrão	CV%	SK/erro	K/erro	KS
Masculino	23	27%	65	95	80,91	8,754	10,8	0,48	0,935	0,152
Feminino	62	73%	65	98	81,02	8,03	9,9	0,304	0,599	0,200
Total	85	100%	65	98	80,99	8,180	10%	0,261	0,517	0,110

Para efectuar uma avaliação correcta da variável idade, foram agrupadas as idades em classes. Como podemos observar na Tabela 2, a classe modal é a dos 85-89 anos (nas mulheres) com 25,8%. Na amostra masculina verifica-se uma maioria na classe 80-84 anos com 34,8%. Apesar dos valores baixos registados nos idosos a partir dos 85 anos globalmente deve ser uma questão a considerar.

Tabela 2

Distribuição da amostra por género, de acordo com o grupo etário

Género	Masculino		Feminino		Total	
Grupos Etários	Nº	%	Nº	%	Nº	%
65-69	3	13%	6	9,7%	9	10,6%
70-74	3	13%	7	11,3%	10	11,8%
75-79	2	8,7%	15	24,2%	17	20,0%
80-84	8	34,8%	12	19,4%	20	23,5%
85-89	5	21,7%	16	25,8%	21	24,7%
90-94	1	4,3%	3	4,8%	4	4,7%
95-99	1	4,3%	3	4,8%	4	4,7%
Total	23	100%	62	100%	85	100,00%

Fazendo uma análise dos dados relativamente ao estado civil da amostra, podemos concluir que a maioria dos indivíduos do sexo masculino é casada (47%). O estado civil viúvo é o seguinte com 34,8% dos inquiridos. Os estados civis divorciado e solteiro são os que têm uma menor percentagem, de 4,3 % e 13% respectivamente.

No género feminino, a viuvez constitui um maior grupo (69,4%) seguindo-se o de casada com uma percentagem de 22,6% dos inquiridos. Os estados civis solteira e divorciada são os que possuem uma menor percentagem, de 13% e 4,3% respectivamente. (c.f. Tabela 3)

Tabela 3

Distribuição da amostra por género de acordo com o estado civil

Género	Masculino		Feminino		Total	
Estado civil	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casado	11	47%	14	22,6%	25	29,4%
Solteiro	3	13%	4	6,5%	7	8,2%
Divorciado	1	4,3%	1	1,6%	2	0,4%
Viúvo	8	34,8%	43	69,4%	51	60%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Ao analisar as habilitações literárias (c.f. Tabela 4) verifica-se que a maior percentagem de idosos é analfabeta (52,9%).

Foi também verificado que 22,4% dos idosos têm uma escolaridade inferior à 4ª classe; 17,6% tem a 4ª classe; 4,6% possuem o 6º ano e 2,4% o 9º ano. Pode então concluir-se que a amostra possui baixas habilitações académicas.

Tabela 4

Distribuição da amostra por género de acordo com as habilitações literárias

Género	Masculino		Feminino		Total	
Habilitações Literárias	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabetos	7	30,4%	38	61,3%	45	52,9%
<4 Classe	7	30,4%	12	19,4%	19	22,4%
4 Classe	7	30,4%	8	12,9%	15	17,6%
6º Ano			4	6,5%	6	4,7%
9º Ano	2	8,7%				2,4%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Observando os dados relativos ao local de residência, (c.f. Tabela 5) podemos constatar que a maioria da amostra reside na aldeia (45,9%). Habitam em vilas 41,2% e em cidades 12,9%.

Tabela 5

Distribuição da amostra por género de acordo com o local de residência

Género	Masculino		Feminino		Total	
Local de residência	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aldeia	9	39,1%	30	48,4%	39	45,9%
Vila	8	34,8%	27	43,5%	35	41,2%
Cidade	6	26,1%	5	8,1%	11	12,9%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Na Tabela 6, pode verificar-se o tipo de habitação da amostra. Assim que a maioria dos inquiridos do género masculino habita em casa própria (56,5%), já os elementos do sexo feminino habitam no lar (43,5%).

Se verificarmos o total da população observamos que, ainda assim, a maioria dos inquiridos habita em casa própria (42,4%), seguidamente do lar (40,0%). Observa-se ainda que 11,8% habitam em casas de familiares; 4,7% em casas arrendadas e 1,2% em casa cedida (associação à pobreza).

Tabela 6

Distribuição da amostra por género de acordo com o tipo de habitação

Género	Masculino		Feminino		Total	
Tipo de Casa	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Arrendada	2	8,7%	2	3,2%	4	4,7%
Cedida			1	1,6%	1	1,2%
Própria	13	56,5%	23	37,1%	36	42,4%
Familiares	1	4,3%	9	14,5%	10	11,8%
Lar	7	30,4%	27	43,5%	34	40,0%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Outro dos parâmetros a analisar é a coabitação. Segundo a Tabela 7, a maioria dos idosos reside com outros (44,7%), seguindo-se a segunda maior coabitação se verifica com os cônjuges (21,2%).

A coabitação com os filhos assume uma percentagem de 16,5% .

Tabela 7

Distribuição da amostra por género de acordo com o tipo a coabitação.

	Masculino		Feminino		Total	
Género/Coabitação	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Filhos	4	17,4%	10	16,1%	14	16,5%
Cônjuge	7	30,4%	11	17,7%	18	21,2%
Outros	7	30,4%	31	50,0%	38	44,7%
Não se Aplica	5	21,7%	10	16,1%	15	17,6%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Os dados da tabela 8 revelam que a maioria dos idosos sobrevive da sua pensão ou reforma (97,6%), sendo que apenas (2,4%) subsistem de outras formas, de subsistência económica.

Tabela 8

Distribuição da amostra por género de acordo com os meios de subsistência

Género	Masculino		Feminino		Total	
Meios de Subsistência	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Reformas	22	95,7%	61	98,4%	83	97,6%
Outros	1	4,3%	1	1,6%	2	2,4%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Analisando a Tabela 9, pode verificar-se que a maioria dos indivíduos do género masculino (91,3%) e do género feminino (77,4%), não dependem de ninguém economicamente. No entanto pode ainda observar-se que são as mulheres que dependem mais dos outros pois apresentam valores mais elevados (22,6%) relativamente ao género masculino (8,7%).

Tabela 9

Distribuição da amostra por género de acordo com a dependência económica

Género	Masculino		Feminino		Total	
Dependência Económica	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	2	8,7%	14	22,6%	16	18,8%
Não	21	91,3%	48	77,4%	69	81,2%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Através da análise da Tabela 10 pode verificar-se que, a maioria da amostra inquirida, não depende de ninguém, contudo são as mulheres que dependem mais neste caso dos filhos.

Tabela 10

Distribuição dos elementos da amostra que são dependentes economicamente, por género, de acordo com as pessoas de quem dependem.

Género	Masculino		Feminino		Total	
Dependente de	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Filhos	1	4,3%	13	21%	14	16,5%
Irmãos	1	4,3%	1	1,6%	2	2,4%
Não se Aplica	21	91,3%	48	77,4%	69	81,2%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

A fim de se efectuar correctamente uma caracterização do estado de saúde da amostra, foi aplicado o Índice de Katz aos inquiridos.

Como podemos observar na Tabela 11, a maioria dos idosos encontra-se independente, ou seja, 82,6% do género masculino e 61,3% do género feminino. Foi verificado ainda que 17,4% dos homens e 22,6% das mulheres inquiridos se encontram parcialmente dependentes. Por fim verificou-se que somente 16,1% das mulheres se encontrava totalmente dependentes.

Tabela 11

Distribuição da amostra por género de acordo com o nível de dependência, tendo por base o índice de Katz.

Género/Nível de Dependência	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Independente	19	82,6%	38	61,3%	18	67,1%
Parcialmente Dependente	4	17,4%	14	22,6%	57	21,2%
Dependente			10	16,1%	10	11,8%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

A capacidade cognitiva dos indivíduos da amostra foi verificada através do Mini Mental State Examination (MMSE). Com esta análise foi possível observar que a média do MMSE foi de 23,5 e desvio padrão de 4,61 e o coeficiente de variação de 19,6%, verificando-se assim uma dispersão fraca.

Analisando em particular o género masculino, podemos observar uma média de 25,65%, com um desvio padrão de 3,511. A pontuação mínima foi de 17 e a máxima de 30.

Relativamente ao género feminino podemos observar uma média de 22,76% com um desvio padrão de 4,752. A pontuação mínima foi de 16 e a máxima de 30.

Tabela 12

Estatísticas relativas ao Mini Mental State Examination (MMSE), de acordo com o género.

Género	Nº	%	Min.	Máx.	Média	Desvio	CV%	SK/erro	K/erro	KS
Padrão										
Masculino	23	27%	17	30	25,65	3,511	13,6%	0,481	0,935	0,028
Feminino	62	73%	16	30	22,76	4,752	20,9%	0,304	0,599	0,001
Total	85	100%	16	30	23,5%	4,61	19,6%	0,261	0,517	0,000

Ao tentar perceber qual a relação existente entre as habilitações literárias, as capacidades cognitivas dos idosos e os dados demonstram que o nível cognitivo é

significativamente diferente entre as pessoas analfabetas e as pessoas de 1 a 9 anos de escolaridade, sendo esta associação altamente significativa, ou seja, aqueles que possuem maiores habilitações têm maiores níveis cognitivos. (cf. Tabela 13).

Tabela 13

Teste de Kruskal-Wallis em relação à MMSE e habilitações literárias

	Média	Desvio padrão	U	p
Analfabeto	20,09	3,225	81,5	0,000
1 a 9 anos de escolaridade	27,43	2,218		

A caracterização psicossocial da amostra foi efectuada através do inquérito que contemplava questões relativas ao acompanhamento diurno e nocturno dos inquiridos, questões relativas à assiduidade das visitas de amigos e familiares, ao apoio social ao lazer e por fim à própria percepção do estado de saúde.

Relativamente ao acompanhamento durante o dia, a Tabela 14 indica-nos que a maioria dos inquiridos (72,9%) passa o dia com outras pessoas, para além dos cônjuges, ou filhos. A tabela indica-nos ainda que os cônjuges são as segundas pessoas com que os inquiridos passam a maior parte do seu dia (15,3%).

Tabela 14

Distribuição da amostra por género de acordo com o acompanhamento diurno

Género	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acompanhamento diurno						
Filhos	2	8,7%			2	2,4%
Cônjuge	5	21,7%	8	12,9%	13	15,3%
Outros	14	60,9%	48	77,4%	62	72,9%
Não se Aplica	2	8,7%	6	9,7%	8	9,4%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Tal como podemos observar na Tabela 15 a maioria dos inquiridos (44,7%), obtém acompanhamento nocturno por parte de outras pessoas que não os filhos que só se verificam em 16,5% dos casos, dos netos 1,2% ou os cônjuges 20,0%.

Tabela 15

Distribuição da amostra por género de acordo com o acompanhamento nocturno

Género	Masculino		Feminino		Total	
Acompanhamento nocturno	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Filhos	4	17,4%	10	16,1%	14	16,5%
Netos	0		1	1,6%	1	1,2%
Cônjuge	7	30,4%	10	16,1%	17	20,0%
Outros	7	30,4%	31	50,0%	38	44,7%
Não se Aplica	5	21,7%	10	16,1%	15	17,6%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Na tabela 16, Podemos verificar que 95% dos inquiridos recebe visitas de familiares, amigos e outros, contudo 5,9% referem não ter visitas.

Tabela 16

Distribuição da amostra por género de acordo com as visitas

Género	Masculino		Feminino		Total	
Recebe Visitas	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	21	91,3%	59	95,2%	80	94,1%
Não	2	8,7%	3	4,8%	5	5,9%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Na Tabela 17, verifica-se que 70,6% das pessoas inquiridas, usufruem de apoios sociais, tais como, lares e centros de dia.

Tabela 17

Distribuição da amostra de acordo com os apoios sociais que usufrui.

Género	Masculino		Feminino		Total	
Apoio Social	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	13	56,5%	47	75,8%	60	70,6%
Não	10	43,5%	15	24,2%	25	29,4%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Nas tabelas seguinte 18 e 19, observamos se os inquiridos têm ocupação de tempos livres e quais as ocupações.

A maioria dos inquiridos (78,8%) afirma que possui tempos livres (homens, 69,6% e mulheres, 82,3%). A actividade mais verificada na ocupação de tempos livres são as

actividades sócio-culturais (41,2%). O visionamento de televisão (27,1%), é a segunda actividade preferida dos idosos inquiridos.

Tabela 18

Distribuição da amostra de acordo com a ocupação de tempos livres.

Género	Masculino		Feminino		Total	
Ocupação de tempos livres	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	16	69,6%	51	82,3%	67	78,8%
Não	7	30,4%	11	17,7%	18	21,2%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Tabela 19

Distribuição da amostra de acordo com as actividades e ocupação de tempos livres.

Género	Masculino		Feminino		Total	
Sim? Como?	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TV	6	26,1%	17	27,4%	23	27,1%
Conversa	1	4,3%			1	1,2%
Cartas	2	8,7%	1	1,6%	3	3,5%
Renda			5	8,1%	5	5,9%
Actividades Socio-Culturais	7	30,4%	28	45,2%	35	41,2%
Não se Aplica	7	30,4%	11	17,7%	18	21,2%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

A percepção do estado de saúde dos inquiridos, indica que estes se auto-avaliam com um estado de saúde mais ou menos bom (68,2%). Os idosos que se auto-avaliam com uma saúde muito boa representam 3,5% da amostra, os idosos que se auto-avaliam com uma saúde boa representam 16,5 da amostra, os idosos que se auto-avaliam com uma saúde má representam 11,8% da amostra. (cf. Tabela 20)

Tabela 20

Distribuição da amostra de acordo com a percepção do estado de saúde.

Género	Masculino		Feminino		Total	
Percepção do estado de saúde	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muito Bom	2	8,7%	1	1,6%	3	3,5%
Bom	2	8,7%	12	19,4%	14	16,5%
Mais ou Menos	18	78,3%	40	64,5%	58	68,2%
Mau	1	4,3%	9	14,5%	10	11,8%
Total	23	100	62	100%	85	100%

Relativamente ao estudo efectuado através da escala “Question to Elicit Elder Abuse” QEEA, e observando as Tabelas da 21 à 24 podemos verificar os seguintes resultados.

No caso dos indícios de abuso físico encontramos uma maior número de pessoas que nunca apresentaram abusos físicos (88,2%). Cerca de 6%, apresentaram um indício de abuso físico, 3,5% dois; 1,2% três, e quatro indícios de abusos físicos.

Tabela 21

Distribuição da amostra por género de acordo com os indícios de abuso físico do idoso

	Masculino		Feminino		Total	
Género/ Indícios de Abuso Físico	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Zero	20	87%	55	88,7%	75	88,2%
Um	1	4,3%	4	6,5%	5	5,9%
Dois	1	4,3%	2	3,2%	3	3,5%
Três	1	4,3%			1	1,2%
Quatro			1	1,6%	1	1,2%
Total	23	100%		100%	85	100%

Quando analisado os indícios de abuso emocional, verifica-se que 29,4% apresentam pelo menos dois dos indícios de abuso emocional. Tal como podemos observar na Tabela 22, a percentagem seguinte indica-nos que 20% dos inquiridos apresenta pelo menos um indício de abuso emocional, e 12,9% dos inquiridos nunca apresentaram indícios de abuso emocional.

Tabela 22

Distribuição da amostra por género de acordo com os indícios de abuso emocional do idoso

Género	Masculino		Feminino		Total	
Indícios de Abuso Emocional	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Zero	3	13%	8	12,9%	11	12,9%
Um	5	21,7%	12	19,4%	17	20,0%
Dois	8	34,8%	17	27,4%	25	29,4%
Três			13	21,0%	13	15,3%
Quatro	4	17,4%	3	4,8%	7	8,2%
Cinco	1	4,3%	2	3,2%	3	3,5%
Seis	2	8,7%	6	9,7%	8	9,4%
Sete			1	1,6%	1	1,2%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Ao nível dos indícios de negligência, foi verificado que 47,1% nunca apresentou nenhum indício de negligência, 41,2% apresentaram pelo menos um indício de negligência; 10,6% apresentaram dois indícios de negligência e 1,2% apresentaram três indícios de negligência.

Tabela 23

Distribuição da amostra por género de acordo com os indícios de negligência do idoso

Género	Masculino		Feminino		Total	
Negligência	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Zero	15	65,2%	25	40,3%	40	47,1%
Um	5	21,0%	30	48,4%	35	41,2%
Dois	3	13,0%	6	9,7%	9	10,6%
Três			1	1,6%	1	1,2%
Total	23	100%		100%	85	100%

Analisando a Tabela 24, podemos verificar que 91,8% dos inquiridos nunca verificou indícios de abuso financeiro, apenas um homem verificou um indicio de abuso financeiro e uma mulher dois indícios de abuso financeiro.

Tabela 24

Distribuição da amostra por género de acordo com os indícios de abuso financeiro do idoso

Género	Masculino		Feminino		Total	
Indícios de Abuso Financeiro	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Zero	22	95,7%	56	90,3%	78	91,8%
Um	1	4,3%	5	8,1%	6	7,1%
Dois			1	1,6%	1	1,2%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

Perante a observação da Tabela 25 verificamos que a amostra apresenta entre zero e onze indícios de abuso. Estes indícios foram indicados através da escala QEEA.

Os idosos apresentam, na totalidade, onze indícios de abuso, no entanto o género masculino não apresenta indícios de três, sete e dez. Os idosos do género feminino não apresentam indícios de nove e dez.

A maior percentagem de idosos, apresenta dois indícios de abuso (29,4%), seguido de um indício de abuso (17,6%), seguido de três e quatro abusos (11,8%). Com cinco abusos encontram-se 8,2%, com oito abusos 7,1%, com seis abusos 5,9%, com zero abusos 3,5%, com onze abusos 2,4% e por fim com sete e nove abusos, 1,2%.

Os homens apresentam maior percentagem de indícios de abuso em zero (4,3%), um (21,7%), dois (43,5%), nove (4,3%) e onze (4,3%) e as mulheres apresentam maior percentagem de indícios de abuso em três (16,1%), quatro (16,9%), cinco (9,7%), seis (6,5%), sete (1,6%) e oito (8,1%).

Tabela 25

Distribuição da amostra por género, de acordo com o total dos indícios de abuso do idoso, avaliados através da escala QEEA

Género/Total de Indícios de Abuso	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Zero	1	4,3%	2	3,2%	3	3,5%
Um	5	21,7%	10	16,1%	15	17,6%
Dois	10	43,5%	15	24,2%	25	29,4%
Três			10	16,1%	10	11,8%
Quatro	2	8,7%	8	16,9%	10	11,8%
Cinco	1	4,3%	6	9,7%	7	8,2%
Seis	1	4,3%	4	6,5%	5	5,9%
Sete			1	1,6%	1	1,2%
Oito	1	4,3%	5	8,1%	6	7,1%
Nove	1	4,3%			1	1,2%
Dez						
Onze	1	4,3%	1	1,6%	2	2,4%
Total	23	100%	62	100%	85	100%

4. Estudo Psicométrico da escala de QEEA

Através da análise do α de Cronbach (0,719) verificou-se que a escala QEEA possui uma consistência razoável. Existe uma correlação muito alta a nível do total de indícios da escala. O estudo de consistência interna da escala revela que existe uma correlação alta em relação aos indícios de abuso emocional ($R=0,742$), uma correlação moderada relativamente ao abuso físico ($R=0,530$) e uma correlação fraca em relação à negligência e ao abuso financeiro.

Indícios de Abuso	\bar{x}	Desvio Padrão	R	α de Cronbach
Abuso Físico	0,2118	0,67426	0,530	0,719
Abuso Emocional	2,4000	1,78752	0,742	
Negligência	0,6588	0,71636	0,328	
Abuso Financeiro	0,0941	0,33179	0,395	
Total da Escala	3,3647	2,47293	1,000	

5. Indícios de Abuso e os dados sócio-demográficos

Influência da idade nos indícios de abuso

Pode verificar-se que a faixa etária com maior média de indícios de abuso físico e moral é a dos 75-79 ano.

A negligência observa-se maioritariamente na faixa etária dos 70-74 anos e o abuso financeiro nos 65-69 anos (cf. Tabela 27)

Tabela 27

Teste de *Kruskal-Wallis* entre a idade e os indícios de abuso do idoso

Indício de Abuso/Idade		Físico	Emocional	Negligência	Financeiro	Total
65-69	\bar{x}	0	2,44	0,22	0,33	2,99
	s	0	1,13	0,441	0,5	2,071
70-74	\bar{x}	0,4	2,1	0,8	0,1	3,4
	s	0,843	2,283	1,033	0,316	4,475
75-79	\bar{x}	0,41	3,24	0,65	0,18	4,48
	s	1,064	2,078	0,702	0,529	4,373
80-84	\bar{x}	0,05	2,15	0,7	0	2,9
	s	2,224	1,387	0,733	0	4,344
85-89	\bar{x}	0,29	2,43	0,71	0,05	3,48
	s	0,717	1,886	0,717	0,218	3,538
90-94	\bar{x}	0	1,25	0,75	0	2
	s	0	1,258	0,5	0	1,758
95-99	\bar{x}	0	1,75	0,75	0	2,5
	s	0	1,708	0,5	0	2,208
X²		5,515	7,330	4,385	10,369	5,101
p (exacto)		0,463	-	-	0,117	-
p (assimptótico)		-	0,291	0,625	-	0,531

Género nos indícios de abuso

Uma vez que nenhuma das variáveis segue a distribuição normal ($p > 0,05$), aplicou-se o teste de *Mann-Whitney*, para analisar a diferença dos indícios de abuso entre os géneros.

Segundo a média das ordens pode observar-se que no total das escalas o género feminino apresenta um maior índice de abusos (44,90), no entanto pode também verificar-se que nos indícios de abuso físico a média das ordens é maior no género masculino (43,65).

Nos restantes indícios de abuso, verifica-se uma maior média de ordens no género feminino [emocional (43,44), negligência (45,44), financeiro (45,44) e total da escala (44,90)].(cf Tabela 28)

Tabela 28

Teste *Mann-Whitney* entre os diversos indícios de abuso e o género.

Género	Masculino	Feminino	U	p
	Média das Ordens	Média das Ordens		
Indícios de Abuso				
Físico	43,65	42,76	698,000	0,826
Emocional	41,83	43,44	686,000	0,789
Negligência	36,41	45,44	561,500	0,105
Financeiro	41,33	43,62	674,500	0,627
Total da Escala	37,87	44,90	595,000	0,237

O meio nos indícios de abuso

Como se pode verificar na Tabela 29, o objectivo do estudo visou verificar os valores de indícios de abuso nos meios rural e urbano, pelo que foi aplicado o teste de *Mann – Whitney*.

Para verificar este objectivo, foi necessário recodificar a variável independente “residência”. Os itens, foram reagrupados em “vila e cidade”, com a denominação de meio Urbano e “aldeia”, Meio Rural. Observando os resultados do teste de *Mann-Whitney* verificou-se que apenas os indícios de negligência e de abuso emocional são significativamente diferentes no meio rural e urbano ($p_{\text{negligência}}$ e $p_{\text{abuso emocional}} < 0,05$). Ao analisar a tabela, e segundo a média das ordens, pode concluir-se que os valores de indícios de abuso emocional tendem a ser superiores no meio rural, verificando-se o contrário relativamente aos indícios de negligência.

Tabela 29

Teste de *Mann – Whitney* entre o meio e os diferentes tipos de abusos.

Meio	Meio Rural	Meio Urbano	Mann-Whitney	p
	Média das Ordens	Média das Ordens		
Indícios de Abuso				
Físico	42,31	43,59	870,000	0,602
Emocional	50,27	36,84	613,000	0,010
Negligência	36,05	48,89	626,000	0,009
Financeiro	43,81	42,32	865,500	0,698
Total da Escala	46,71	39,86	752,500	0,196

A coabitação nos indícios de abuso

A fim de observar os valores dos indícios de abuso tendo em conta a coabitação, foi necessária a recodificação da variável coabitação em dois grupos, o grupo “sozinho” e o grupo “acompanhado”(que inclui filhos, netos, cônjuge e outros), tendo-se utilizado o teste de *Mann-Whitney*. Ao observar os valores-prova não se pode afirmar que os indícios de abuso sejam diferentes, mediante as diferentes condições coabitacionais analisadas, pois todos os valores-prova são superiores a 0,05. Porém, os idosos que habitam sozinhos apresentam uma maior média de ordens em todos os indícios de abuso (cf. Tabela 30).

Tabela 30

Teste de *Mann – Whitney* entre coabitação e os diferentes tipos de abusos.

Coabitação	Acompanhado	Sozinho	Mann-Whitney	p
	Média das Ordens	Média das Ordens		
Indícios de Abuso				
Físico	42,24	46,53	472,000	0,284
Emocional	40,79	53,33	370,000	0,069
Negligência	42,59	44,90	496,500	0,742
Financeiro	42,50	45,33	490,000	0,418
Total da Escala	41,19	51,47	398,000	0,138

A frequência de Centros de Dia e Associações e os indícios de abuso

Uma vez que nenhuma das variáveis segue a distribuição normal ($p > 0,05$), aplicou-se o teste de *Mann-Whitney*, para analisar a diferença dos indícios de abuso entre os géneros.

Como se pode observar na Tabela 31, a média das ordens indica que os indícios de abuso verificam-se mais nos idosos que não frequentam Centros de Dia/Associações (49,34). Pode também observar-se que a distribuição da variável de índice de abuso emocional é diferente entre a frequência ou não de Associações/Centros de Dia ($p=0,033$). À excepção da variável índice de negligência (44,14), que se verifica através de uma maior média das ordens nos idosos que frequentam Centros de dia e Associações, os restantes indícios obtêm maiores médias nos idosos que não frequentam estas instituições (físico(46,48), (emocional (51,62), financeiro (44,68)e total da escala(49,34)).

Tabela 31

Teste *Mann-Whitney* entre a variável da frequência de Centros de Dia/Associações e os diferentes tipos de abuso.

Frequência de Centros de Dia	Sim	Não	U	p
	Média das Ordens	Média das Ordens		
Indícios de Abuso				
Físico	41,55	46,48	663,000	0,108
Emocional	39,41	51,62	534,500	0,033
Negligência	44,14	40,26	681,500	0,483
Financeiro	42,30	44,68	708,000	0,538
Total da Escala	40,36	49,34	591,500	0,121

Abuso e grau de dependência económica

Com o objectivo de verificar os indícios de abuso dependendo do grau de dependência económica, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney*.

Após a análise dos resultados, tal como podemos verificar na Tabela 32, não se verificaram diferenças significativas nos indícios de abuso entre os grupos de dependência económica ($p>0,05$ em todas as variáveis). Porém, parece haver uma tendência para que os idosos que dependem economicamente de alguém apresentem uma maior média de ordens nos indícios de abuso físico e negligência, já os que não dependem economicamente de alguém apresentem, segundo a média das ordens, um maior índice de abuso emocional, financeiro e no total da escala.

Tabela 32Teste de *Mann – Whitney* entre a dependência económica e os diferentes tipos de abuso.

Dependência económica	Sim	Não	Mann-Whitney	p
	Média das ordens	Média das ordens		
Indícios de Abuso				
Físico	40,50	43,58	512,000	0,534
Emocional	52,59	40,78	398,500	0,079
Negligência	34,56	44,96	417,000	0,103
Financeiro	44,75	42,59	524,000	0,611
Total da Escala	48,16	41,80	469,500	0,350

Abuso e Percepção do Estado de Saúde

Com o objectivo de verificar os indícios de abuso mediante o estado de saúde, foi utilizado o teste de *Kruskal – Wallis*. Através da sua análise concluiu-se que os idosos que percebem o seu estado de saúde como mau, tendem a apresentar maiores indícios de negligência ($p < 0,05$). Observando a ordem das médias, verificou-se que existe uma tendência para que os idosos que apresentam um estado de saúde muito bom, apresentem uma maior média das ordens, (Média das Ordens_{físico}=46; Média das Ordens_{emocional}=46,75; Média das Ordens_{negligência}=54,90 e Média das Ordens_{total da escala de indícios de abuso}=47,80).

Verifica-se uma excepção relativamente ao abuso financeiro, onde a média das ordens é mais elevada (53,50), quando o idoso percebe o seu estado de saúde como mau.

Tabela 33Teste de *Kruskal – Wallis* entre a percepção do estado de saúde e os tipos de abuso.

Percepção de saúde	Mau	Mais ou Menos	Bom	Muito Bom		
	Ordenação das médias	Ordenação das médias	Ordenação das médias	Ordenação das médias	X ²	p
Indícios de Abuso						
Físico	38,00	38,00	43,00	46,00	2,976	0,395
Emocional	40,33	43,18	42,45	46,75	0,308	0,959
Negligência	20,50	23,18	46,90	54,90	18,539	0,000
Financeiro	53,50	42,50	43,18	39,50	3,318	0,345
Total da Escala	33,50	36,07	44,34	47,80	2,172	0,537

Abuso e grau de dependência funcional

Para cumprir o objectivo de Verificar os indícios de abuso mediante os níveis de independência funcional, foi utilizado o teste de *Kruskal–Wallis*, não se tendo provado a existência de diferenças entre os três grupos de dependência funcional, pois em todos os casos o $p > 0,05$. Porém, segundo a ordenação das médias, verificou-se que na questão do abuso físico, a ordem das médias mais acentuada é a dos idosos independentes (Média das Ordens=44,05). Relativamente ao abuso emocional, verificou-se uma média das ordens nos idosos parcialmente dependentes (46,12), a negligência foi mais acentuada, segundo a média das ordens nos idosos independentes (43,41). O abuso financeiro, segundo a média das ordens, verificou-se igualmente elevado nos idosos independentes e nos dependentes (ambos com uma média de ordem =43,98). Por fim, o total da escala indicou que os maiores níveis de abusos se verificaram nos idosos com maior independência física (cf. Tabela 34).

Desta forma pode concluir-se que os indícios de abuso não se verificam mediante os níveis de in/dependência funcional.

Tabela 34

Teste de *Kruskal –Wallis* entre a dependência física e os tipos de abuso no idoso.

Dependência Física	Dependente	Parcialmente Dependente	Independente	X ²	p
	Ordenação das médias	Ordenação das médias	Ordenação das médias		
Indícios de Abuso					
Físico	41,64	40,35	44,05	1,064	0,587
Emocional	38,59	46,12	42,92	0,649	0,723
Negligência	46,36	39,44	43,41	0,695	0,706
Financeiro	43,98	39,50	43,98	1,912	0,38
Total da Escala	40,50	43,85	43,23	0,143	0,931

6. Indícios de abuso e nível cognitivo

Abuso físico e nível cognitivo

Com o objectivo de verificar os indícios de abuso mediante as capacidades cognitivas, foi utilizada a Regressão Linear Simples entre os indícios de abuso físico do idoso (variável dependente) e o MMSE (Mini Mental State Examination, variável dependente).

Tal como podemos observar no Quadro 1, não se pode afirmar que existe uma relação linear entre as variáveis índice de abuso físico e o nível cognitivo ($p > 0,05$). Verifica-se igualmente que apenas 0,2% da variação do abuso físico é explicado pela variação do nível cognitivo e que a correlação apesar de não ser significativa ($p > 0,683$) entre as referidas variáveis é muito fraca e negativa ($R = -0,045$).

Quadro 1

Regressão Linear Simples entre os Indícios de abuso físico do idoso e a MMSE.

Variável Dependente, Indícios Do Abuso físico do Idoso					
R=0,045					
R ² =0,002					
R ²					
Ajustado = - 0,010					
Erro Padrão da estimativa = 0,698					
Incremento de R ² =0,002					
F=0,168					
p =0,683					
Variável Independente MMSE					
		Coeficiente de Beta	Coeficiente Padronizado	t	p
		0,366			
		-0,007	-0,045	-0,410	0,683
Análise da Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média dos Quadrados	F	P
Regressão	0,077	1	0,077	0,168	0,683
Residual	38,111	83	0,459		
Total	38,188	84			

Equação da Regressão: Abuso Fisico=0,366-0,007MMSE

Abuso emocional e nível cognitivo

Foi constatado através da regressão linear simples que 5,9% da variação do nível cognitivo explica a variação do abuso emocional, sendo uma relação muito fraca mas significativa ($p=0,025$). O erro padrão da estimativa, assume um valor de 1,744. Segundo os coeficientes padronizados de Beta o valor é positivo ($R=0,243$), o que indica que a correlação também é positiva, significativa ($p<0,05$) mas fraca, o que leva a concluir que quanto menor a capacidade cognitiva do idoso, menor o seu índice de abuso emocional (c.f.Quadro 2).

Quadro 2

Regressão Linear Simples entre os Indícios de abuso emocional do idoso e a MMSE.

Variável Dependente, Indícios Do Abuso emocional do Idoso					
R=0,243					
R ² =0,059					
R ²					
Ajustado = 0,048					
Erro Padrão da estimativa = 1,744					
Incremento de R ² = 0,059					
F=5,222					
p =0,025					
Variável Independente MMSE					
		Coeficiente de Beta	Coeficiente Padronizado	T	P
		0,182			
		0,094	0,243	2,285	0,025
Análise da Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média dos Quadrados	F	P
Regressão	15,888	1	15,888	5,222	0,025
Residual	252,512	83	3,042		
Total	268,400	84			

Equação da Regressão: Abuso Emocional=0,182+0,094MMSE

Negligência e nível cognitivo

Ao analisar o Quadro 3, pode verificar-se que a relação entre as variáveis negligência e MMSE, é baixa, mas significativa ($p=0,003$), sendo que 10% da variação da negligência é explicada pela variação do nível cognitivo. Segundo o coeficiente padronizado há uma correlação significativa ($p<0,05$), fraca e negativa que é de -0,318. Pode, então, concluir-se

que à medida que as capacidades cognitivas diminuem os indícios de negligência também diminuem.

Quadro 3

Regressão Linear Simples entre os Indícios de abuso de negligência do idoso e a MMSE.

Variável Dependente, Índícios Do Abuso negligência do Idoso					
R=0,318					
R ² =0,101					
R ²					
Ajustado = 0,090					
Erro Padrão da estimativa = 0,683					
Incremento de R ² =0,101					
F= 9,336					
p =0,003					
Variável Independente MMSE					
		Coeficiente de Beta	Coeficiente Padronizado	t	P
		1,821			
		-0,049	-0,318	-3,056	0,003
Análise da Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média dos Quadrados	F	p
Regressão	4,359	1	4,359	9,336	0,003
Residual	38,747	83	0,467		
Total	43,106	84			

Equação da Regressão: Negligência = 1,821-0,049 MMSE

Abuso financeiro e nível cognitivo

Analisando o Quadro 4, pode verificar-se que a variação do MiniMental State explica 0,5% da variação dos indícios de abuso financeiro dos idosos, sendo uma relação fraca e não significativa (p=0,540). Segundo os coeficientes padronizados de beta (coeficiente padronizado de beta =0,067), verificamos que a correlação é fraca positiva, ou seja, à medida que aumentam os níveis cognitivos, também aumentam os indícios de abuso financeiro dos idosos, contudo não é significativa (p<0,05).

Quadro 4

Regressão Linear Simples entre os Indícios de abuso financeiro do idoso e a MMSE.

Variável Dependente, Indícios Do Abuso Financeiro do Idoso					
R=0,067					
R ² = 0,005					
R ²					
Ajustado = -0,07					
Erro Padrão da estimativa = 0,333					
Incremento de R ² = 0,005					
F= 0,379					
p =0,540					
Variável Independente MMSE					
		Coeficiente de Beta	Coeficiente Padronizado	t	p
		-0,20		0,106	0,916
		0,005	0,067	0,616	0,540
Análise da Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média dos Quadrados	F	p
Regressão	0,042	1	0,042	0,379	0,540
Residual	9,205	83	0,111		
Total	9,247	84			

Equação da Regressão: Abuso Financeiro = -0,20+0,005 MMSE

Total de indícios de abuso e capacidade cognitiva

Observando o total dos indícios de abuso da escala, podemos verificar que 0,6% da variação dos indícios de abuso do total da escala são explicados pela variação das capacidades cognitivas, analisadas através do MMSE. Contudo, a relação não é estatisticamente significativa, visto que $p = 0,464$. A correlação verificada entre as referidas variáveis é fraca, positiva, mas não significativa ($p = 0,464$). Analisando o coeficiente padronizado (coeficiente padronizado=0,081), podemos concluir que há uma tendência para que quanto menores as capacidades cognitivas dos idosos, menores os indícios totais de abusos aos mesmos.

Quadro 5

Regressão Linear Simples entre o total dos indícios de abuso do idoso e a MMSE.

Variável Dependente, Índícios Do Abuso Financeiro do Idoso					
R=0,081					
R ² = 0,006					
R ²					
Ajustado = -0,005					
Erro Padrão da estimativa = 2,47970					
Incremento de R ² =0,006					
F= 0,542					
p =0,464					
Variável Independente MMSE					
		Coeficiente de Beta	Coeficiente Padronizado	T	p
		2,349		1,670	0,099
		0,043	0,081	0,736	0,464
Análise da Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média dos Quadrados	F	p
Regressão	3,333	1	3,333	0,542	0,464
Residual	510,361	83	6,149		
Total	513,694	84			

Equação da Regressão: Total de Indícios = 2,349+0,043

7.Relação entre os diferentes tipos de abuso

Ao observar o Quadro 6, pode verificar-se que existem correlações positivas relativamente aos indícios de abuso emocional (coeficiente padronizado de abuso emocional=0,243), aos indícios de abuso financeiro (coeficiente padronizado de abuso financeiro=0,067) e em relação ao total dos indícios de abuso (coeficiente padronizado do total dos indícios de abuso=0,081).

Encontramos correlações negativas nos indícios de abuso físico (coeficiente padronizado indícios de abuso físico=-0,45) e nos indícios de negligência (coeficiente padronizado indícios de negligência=-3,18).

Quadro 6

Relação entre a Escala MMSE e os tipos de abuso de acordo com o coeficiente padronizado

MMSE		Coeficiente Padronizado de Beta
	Indícios de abuso Físico	-0,45
	Indícios de abuso Emocional	0,243
	Indícios de Negligência	-3,18
	Indícios de abuso Financeiro	0,067
	Total dos Indícios de abuso	0,081

Nas Tabelas 35 e 36, verifica-se que existe uma correlação moderada entre os indícios do abuso físico e o total dos indícios de abuso ($R=0,624$), sendo estatisticamente significativa ($p=0,000$). Relativamente às correlações entre os indícios de abuso físico e negligência, pode afirmar-se que existe uma baixa correlação ($R=0,299$) e é significativa ($p=0,005$). Os indícios de abuso físico e abuso financeiro apresentam também uma baixa correlação ($R=0,229$) mas é estatisticamente significativa ($p=0,035$).

Existe uma fraca correlação ($R=0,099$) entre os indícios de abuso emocional e os de negligência e não é significativa ($p=0,370$). Quanto à correlação do abuso emocional e financeiro verificou-se que é fraca mas significativa ($p=0,003$). Relativamente aos indícios de abuso emocional e ao total da escala e de indícios de abuso, verificou-se que há uma correlação forte ($R=0,882$) e significativa ($p=0,000$).

No que respeita à correlação entre os indícios de negligência e os de abuso financeiro pode dizer-se que é fraca ($R=0,087$) e não é significativa ($p=0,431$). A correlação entre os indícios de negligência e o total dos indícios de abuso é moderada ($R=0,454$) e significativa ($p=0,000$). Por fim, a correlação entre os indícios de abuso financeiro e o total dos indícios de abuso é moderada ($R=0,451$) e significativa ($p=0,000$).

Tabela 35

Resultados do Coeficiente da Correlação de Pearson entre os vários tipos de indícios de abuso.

	Físico	Emocional	Negligência	Financeiro
Físico				
Emocional	0,324			
Negligência	0,299	0,099		
Financeiro	0,229	0,317	0,087	
Total de Abuso	0,624	0,882	0,454	0,451

Tabela 36

Valores de p para o Coeficiente da Correlação de Pearson entre os vários tipos de indícios de abuso.

	Físico	Emocional	Negligência	Financeiro
Físico				
Emocional	0,002			
Negligência	0,005	0,370		
Financeiro	0,035	0,003	0,431	
Total de Abuso	0,000	0,000	0,000	0,000

8. Discussão dos Resultados

A amostra estudada tem uma faixa etária que oscila entre os 65 anos e os 98 anos, com uma média de idades de 80,99 anos. O grupo etário mais representativo situa-se no grupo com idades compreendidas entre os 85 e os 89anos com 24,7% do total da amostra.

Verificou-se que o maior indício de abuso físico nas idades compreendidas entre os 75-79 anos ($\bar{x}=0,41$), o maior indício de abuso emocional foi verificado na classe de idades 75-79 anos ($\bar{x}=3,24$), o maior indício de negligência foi verificado na classe de idades 70-74 anos ($\bar{x}=0,8$); o maior indício de abuso financeiro foi verificado na classe das idades 60-69 anos ($\bar{x}=0,33$) e, por fim, o total de indícios de abuso indica-nos que a sua classe prevalente foi a dos 75-79 anos ($\bar{x}=4,48$).

Sousa e Alves (2006), no seu estudo acerca de indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga, afirmam que quanto maior a idade mais indícios de abusos físicos e emocional.

No presente estudo verificou-se também que é o género feminino que apresenta um maior total de indícios de abuso, com uma média de ordens de 44,90. Pode também concluir-se que em todos os tipos de abuso o género feminino apresenta uma maior média das ordens, excepção feita ao abuso físico, onde prevalece a média das ordens do género masculino (43,65).

Fernandes e Dionísio (2009), nos seus estudos acerca da violência na pessoa idosa inserida na família, que tinha como objectivo investigara problemática da violência na comunidade de Vouzela e S. Martinho do Bispo e identificar o tipo de violência contra as pessoas idosas, afirmam que a violência exercida nos idosos é discriminada pelo género. Este estudo vem corroborar o presente estudo, declarando que os abusos físico, emocional e negligência se verificam mais no género feminino o abuso financeiro mais no género masculino.

Sousa e Alves (2006), no seu estudo, afirmam que as mulheres sofrem mais negligência que os homens.

Gaioli ,(2004), afirma que a faixa etária que sofreu mais abusos foi a dos 60-69 anos. Neste estudo, o mesmo autor, verificou que a diferença de abusos entre os sexos era baixa.

Sousa e Queiroz (2007), no seu estudo acerca da violência contra os idosos, afirmam que o sexo feminino é o sexo onde há mais incidência de abusos (67%). Pacinato, Machado e Camarano (2006), no seu estudo exploratório das informações dos serviços de denúncia, verificaram que 68% das denúncias são feitas por mulheres. Dias, (2004), no seu estudo acerca dos maus-tratos aos idosos, e com base nos dados da APAV, afirma que a mulher vítima de abusos, tem entre os 65 e os 75 anos.

Se observarmos o estado civil da amostra pode verificar-se que a maior percentagem de indivíduos é viúva (60%), seguidos pelo estado civil casados (29,4%). Esta tendência verifica-se no sexo feminino (Viúvas=69,4% e casadas=22,6%), o inverso acontece no sexo masculino (casado=47% e viuvo=34,8%).

Tal como se verifica no presente estudo e segundo os dados do INE, 2007, o facto de haver um maior número de mulheres viúvas está directamente relacionado com a evidencia de estas apresentarem uma maior esperança média de vida.

Ao analisar as habilitações literárias, constatou-se que a amostra é maioritariamente constituída por analfabetos (52,9%), seguindo-se os idosos com menos da 4ª classe (22,4%), os idosos com a 4ª classe (17,6%), o 6º ano (4,7%) e por fim o 9º ano (2,4%).

Enquanto o género masculino apresenta um maior nível de escolaridade (9º ano), o género feminino apresenta um maior nível de analfabetismo (61,3%).

Fernandes e Dionísio (2009), no seu estudo, verificaram uma taxa de 47,7% de idosos com a 4ª classe, e apenas 10,9% de idosos analfabetos. Pode verificar-se que as populações mais idosas permanecem analfabetas, ou com um nível de escolaridade bastante baixo.

Segundo a análise dos dados foi constatado que a maioria da amostra reside na aldeia (45,9%) em detrimento da vila (41,2%) e da cidade (12,9%). Esta evidência verifica-se em ambos os géneros (homens=39,1% e mulheres=48,4%). Verificou-se ainda que os indícios de negligência e abuso emocional são significativamente diferentes no meio rural (aldeia) e urbano (cidade e vila) ($p < 0,05$).

A maioria dos idosos (44,7%) vive com outras pessoas para além da família próxima (por exemplo nos lares). Verifica-se ainda que o segundo maior valor de coabitação se refere aos idosos que habitam com os seus cônjuges (21,2%). Apesar de os valores não serem significativos ($p > 0,05$), podemos observar, através da média das ordens, que existe um maior indício de abusos nos idosos que moram sozinhos (51,47). Browne e Herbert e Declamer e Glendenning (2007), cit por Dias (2004), tal como nos dados do presente estudo refere que os idosos que moram sozinhos, sofrem um maior risco de maus-tratos, independentemente da sua classe social.

Buttler, (1999), citado por Ferreira-Alves, refere a coabitação como factor de risco principal, especialmente se esta pessoa com quem coabita detiver todo o controlo da situação de saúde e de cuidados.

Os resultados da amostra indicam que a maioria dos idosos subsiste da sua reforma/pensão (97,6%). Verifica-se ainda que 81,2% dos idosos não depende economicamente de outrem, ainda assim pode concluir-se que são as mulheres que dependem mais economicamente de outrem que os homens (mulheres =22,6% e homens=8,7%). Quando se verifica uma dependência económica, os idosos identificam os filhos como principal recurso económico.

Apesar de as diferenças não serem significativas nos indícios de abuso e dependência económica ($p > 0,05$), parece haver uma tendência para que os idosos que manifestam dependência económica obtenham um maior valor na média das ordens referentes a indícios de abuso físico e negligência.

Fernandes e Dionísio (2009), no seu estudo, referem que a maioria dos idosos inquiridos subsiste através das suas reformas/pensões.

O grau de dependência da amostra foi avaliado através do índice de Katz e permitiu concluir que 82,6% dos idosos é independente (homens =82,6% e mulheres 61,3%).

Verificou-se ainda que as mulheres eram as únicas a apresentar algum estado de dependência (16,1%).

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$) podendo, por isso mesmo, concluir-se que os indícios de abuso não se verificam mediante os níveis de (in)dependência funcional.

Browne e Herbert e Declamer e Glendenning (2007), cit por Dias (2004), atestam que a dependência física e mental, são factores de risco para os maus-tratos.

A capacidade cognitiva da nossa amostra foi avaliada através do Mini Mental State Examination. Verificou-se que a média total das capacidades cognitivas é de 23,5%, sendo que nos homens foi observada uma média de 25,65% e nas mulheres uma média de 22,76%, concluindo-se desta forma que os homens possuem uma maior capacidade cognitiva. Observou-se ainda que os indivíduos com uma maior escolaridade, (na nossa amostra de 1 a 9 anos de escolaridade), apresentam um maior nível cognitivo também.

Fernandes e Dionísio (2009) revelam, no seu estudo, que os maiores índices de violência correspondem a menores índices de avaliação cognitiva, contrariando o presente estudo que indica que há uma tendência para que quanto menores as capacidades cognitivas dos idosos, menores os indícios de abusos aos mesmos

Segundo o presente estudo, verificou-se que 70,6% da amostra frequenta centros de dia e associações e que 72% dos idosos inquiridos, durante o dia, estão acompanhados por outros, por exemplo companheiros de centros de dia/lares, e durante a noite, a maioria dos idosos tem a companhia de outros também 44,7% (por exemplo companheiros de centros de dia/lares).

Verificou-se ainda, que os idosos que não frequentam associações e centros de dia, e obtêm a segunda maior percentagem, têm a companhia do cônjuge durante o dia (15,3%) e durante a noite (20%).

Observou-se também que 94,1% dos idosos é visitado por familiares. A maioria dos idosos também apresenta uma ocupação de tempos livres (78,8%), sendo a ocupação com mais percentagem o visionamento de televisão (27,1%).

Neto, Cunha e Melo (2006) declaram que a participação dos idosos em centros de dia e associações não altera a prevalência de abuso. No entanto, o factor isolamento poderá estar associado ao abuso.

A maioria dos idosos percepção o seu estado de saúde como mais ou menos (68,2%).

Através da análise dos dados, verificou-se que os idosos que percebem o seu estado de saúde como mau, tendem a apresentar maiores indícios de negligência ($p < 0,05$).

Ferreira- Alves e Sousa (2006) afirmam que a percepção do estado de saúde se associa significativamente ao abuso financeiro, emocional e negligência. Afirmam que quanto pior a percepção do estado de saúde, mais indícios de abuso se verificam.

Com a análise dos resultados, verificaram-se indícios de abuso em 96,5% dos inquiridos do total da amostra. Analisando independentemente os tipos de indício de abuso, consegue observar-se que o indício com maior percentagem foi o indício de abuso emocional (87,1%), seguindo-se o indício de negligência (52,9%), o indício de abuso físico (11,8%) e por fim o indício de abuso financeiro (8,2%).

Fernandes e Dionísio (2009), no seu estudo, observaram que 24,4% da amostra sofreu abusos físicos, 30,6% abusos financeiros. Salientam ainda que 67,9% nunca sofreu abusos físicos.

No que diz respeito à existência de indicadores de maus-tratos, pode concluir-se que na amostra estudada o número de indicadores oscilou entre os zero e os onze indicadores de abuso.

Observa-se também que a maior percentagem corresponde à existência de dois indicadores de abusos.

Melo, Cunha e Neto referem, no seu estudo acerca dos maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, que 62,1% dos inquiridos foram submetidos a violência psicológica, 31,8% violência física e 6,1% sofreram de abusos por negligência.

Pacinato, Camarno e Machado, referem que, de todos os maus-tratos observados no seu estudo, as agressões mais frequentes são o abandono e as agressões físicas.

Foi verificado também que, segundo a distribuição da amostra e de acordo com o total de indícios de abuso do idoso, 3,5% dos idosos apresentam zero indícios de abuso; 17,6% apresentam um indício de abuso, 29,4% apresentam dois indícios de abuso; 11,8% apresentam três indícios de abuso; 11,8% apresentam quatro indícios de abuso; 8,2% apresentam cinco indícios de abuso; 5,9% apresentam seis indícios de abuso; 1,2% apresentam sete indícios de abuso; 7,1% apresentam oito indícios de abuso; 1,2% apresentam nove indícios de abuso e 2,4% apresentam onze indícios de abuso.

Borrvalho, Lima e Alves (2009) indicam-nos no seu estudo acerca de maus-tratos e negligência nas pessoas idosas, que, o número de indicadores oscilou entre zero e dez, sendo que ninguém apresentou nove indicadores.

Fernandes e Dionísio (2009), no seu estudo, observaram que em 26% da amostra ocorreram dois abusos, 21% quatro abusos, 30,7% mais de cinco abusos, 6,5% dez abusos e 4,8% mais de treze abusos.

9. Conclusão

Ao longo dos tempos, a importância dada aos idosos foi manifestada de diversas formas. Na sociedade ocidental, os idosos eram considerados pessoas de elevada importância sobretudo porque lhes era reconhecido um alto nível de conhecimentos e de sabedoria. Sem embargo, com o decurso do tempo, tal importância foi decrescendo na mesma medida em que o foi o papel que era atribuído aos idosos. Desta feita, na actualidade os jovens não identificam nem reconhecem os idosos como sendo os sábios da sociedade.

Com o aumento das condições e qualidade de vida, os idosos passaram a ter uma maior esperança média de vida e consequentemente, não raras vezes, acabam por se tornar o incómodo da família sobrecarregando-a com a necessidade de lhes prestarem auxílio.

Perante este panorama e a factualidade de esta problemática nunca ter sido estudada no Distrito de Leiria, entendemos importante concretizar um estudo que verificasse os indícios de abuso nos idosos.

Perante a análise dos dados, foi verificado que a maioria dos inquiridos é do género feminino (73%) com idades compreendidas entre os 65 anos e os 98 anos. A maior percentagem da amostra habita em meio urbano (vila e cidade) e o estado civil mais evidente é o de viúvo (60%).

Os resultados da amostra também referem que os idosos inquiridos apresentam independência económica (81,2%).

Ao analisar os resultados obtidos através do Índice de Katz, observámos que a maioria dos idosos é independente (67,1%).

Após verificar os resultados fenecidos através do Mini Mental State Examination, verificou-se que a formação académica da amostra é maioritariamente constituída por idosos analfabetos (52,9%) e 22,4% da população tem menos que a 4ª classe.

Verifica-se que 70,6% da população está inserida em Centros de Dia ou Associações e que a actividade preferida dos indivíduos da amostra traduz-se em actividades sócio-culturais (41,2%), seguindo-se o visionamento de televisão (27,1%).

Ao inquirir os idosos acerca da percepção do seu estado de saúde verificamos que estes se auto-avaliam maioritariamente (68,2%) com um estado de saúde mais ou menos.

No estudo apresentado foi utilizada a escala QEEA, que permitiu identificar um conjunto de abusos que podem ocorrer nos nossos idosos. Foi, assim, possível estimar as prevalências do abuso físico, emocional, de negligência e financeiro.

Dos idosos inquiridos, constatarem-se indícios de abuso em 96,5% dos inquiridos do total da amostra; o índice com maior percentagem foi o índice de abuso emocional (87,1%), seguindo-se o índice de negligência (52,9%), o índice de abuso físico (11,8%) e por fim o índice de abuso financeiro (8,2%).

Ao relacionar a variável dependente com as variáveis independentes e respondendo aos objectivos propostos pode concluir-se que, por um lado, não existe uma relação evidente entre a idade e os indícios de abusos nos idosos e que, por outro, o género não determina uma relação com os indícios de abusos nos idosos.

Observou-se que os índices de abuso emocional tendem a ser superiores no meio rural e a negligência no meio urbano, no entanto não se verificou que os indícios de abusos fossem diferentes mediante as condições coabitacionais.

Observou-se que os idosos que não frequentam Centros de Dia e Associações apresentam um maior índice de abuso emocional, que a dependência económica não tem qualquer efeito significativo sobre os indícios de abuso no idoso, que os indícios de abuso não se verificam mediante os níveis de (in)dependência funcional, que os idosos que percebem o seu estado de saúde como mau tendem a apresentar maiores indícios de negligência e por fim observou-se no estudo que quanto menores as capacidades cognitivas, menores os indícios de abuso.

De entre as várias dificuldades que assolaram a realização da presente dissertação somos a destacar duas: i) a difícil aplicação dos questionários e das escalas à população; ii) o surgimento de variáveis parasitas. A primeira dificuldade apontada deveu-se, pensamos, ao facto de o tema em causa ser sobejamente delicado e teve como consequência imediata a recusa de alguns idosos e instituições a responder aos questionários. Por sua vez, a segunda dificuldade sentida, não permitiu que fosse possível controlar todo o estudo como seria desejado.

Tendo em conta as dificuldades supra enunciadas, com particular enfoque na segunda, sugerimos a criação de uma escala que contemple mais variáveis de abuso. Já no que concerne à primeira dificuldade apontada, cremos que a mesma poderá ser minimizada com

uma selecção cuidada na formulação das questões de forma a não ferir quaisquer susceptibilidades.

De todo o estudo realizado, concluímos igualmente que é de suma importância continuar a estudar este tema. De facto, o aumento da esperança média de vida, conjugado com as actuais condições socioculturais, conduzirá, sem dúvida, à evidencia de que os idosos continuam e continuarão a consubstanciar um grupo de vítimas em risco..

Paralelamente com as conclusões acabadas de referir, não podemos deixar de reclamar a urgente criação de novas políticas sociais de protecção à terceira idade que permitam oferecer aos nossos seniores condições de vida dignas e humanas.

Bibliografia

Alberto, I.M.M.(2004) *Velhos são... mas lêem romances de amor!* Reflexões em torno do maltrato do idoso. Psicológica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra: nº36,63-73

Almeida, O. (1998) *Mini Exame do Estado Mental e o Diagnostico de Demência no Brasil*. Arquivo de Neurociências. 605-612 Acedido a 11 de Dezembro de 2010 de: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3B/1774.pdf>

Alves , J.F.(2004) *Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos*. Coimbra Editora, 133-151.

Berger, L.& Mailloux, D. (1995) *Pessoas Idosas: uma abordagem global*: Lusodidacta

Borrvalho, O.,Lima, M.& Alves, J. (2010) *Maus tratos e negligência a pessoas idosas: Identificação e Caracterização de casos no Serviço de Urgência de um Hospital Central*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho.471-478 Acedido em Acedido em 3 de Janeiro de 2010 em http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/Geront_6.pdf

Carrilho, M.J. (2008) *A situação demográfica recente em Portugal*, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística , IP

Dias, I.(2004)A violência sobre as mulheres e os idosos. Psicológica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra: nº36,33-61

Dias, I.(2005) *Envelhecimento e violência contra idosos* . Universidade do Porto 251-268.

Dias, I.(2009) *Os maus-tratos aos idosos : abordagem conceptual e intervenção social*. Porto Acedido a 18 de <Novembro 2010 em http://aleph.lettras.up.pt/F?func=find-b&find_code=SYS&request=000195107

Duarte, Y.; Andrade, C.;& Lebrão, M.(2007) O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos.317-324. Acedido em 3 de Janeiro de 2011, em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>

Fernandes, C.M.S.& Dionísio, R.M.T.(2010) *Violência na Pessoa Idosa Inserida na Família*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho.

Ferreira-Alves, J.& Sousa, M. (2005).*Indicadores de maus tratos em pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar*. Sociologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto,15

Ferreira-Alves, J.(2006) *Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributo para a sistematização de uma visão forense dos maus tratos*. Acedido em 10 de Janeiro de 2011 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4221>

Freitas, E.V.& Miranda, R.D. (2006) Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª Ed. Rio de Janeiro :Guanabara Koogan

Gaioli, C. C. L. de O. & Rodrigues, R. A. P. (2008) *Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio*. Revista Latino-Americana. Enfermagem vol.16, n.3 .465-470

Gonçalves, C.(2006) Revista Portuguesa Clínica Geral, Dossier saúde dos idosos, Idosos abuso e Violência.741-742

Gonçalves, C.A.(2006)*Idosos Abuso e Violência Dossier Saúde dos Idosos*, Revista Portuguesa Clínica Geral,739-745

Gonçalves, M.; Antunes,A.; Louro, C. & Correia, J.(2010) Uma Viagem ao Contrário Análise e Impacto da Violência sobre as Pessoas Idosas,Leiria:Mulher Séc. XXI

Governo Civil de Leiria (2007) Acedido a 12 de Janeiro de 2010 em: <http://www.gov-civil-leiria.pt/upload/Plataforma/02SIN/S0100.htm#03>

Guerreiro, M., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination*. Comunicação apresentada na Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Coimbra.

INE. (2009) *Anuário Estatístico de Portugal*, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística , IP
Acedido a 11 de Setembro de 2010 de:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=80161516&PUBLICACOESmodo=2

INE. (2010) *População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida)*. Acedido a 11 de Setembro de 2010 de: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000611&selTab=tab0

Jaques, M.E. (2004) *Ser idoso: uma abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar*. Coimbra: Sinais Vitais, 34-37

Mazza, Márcia Maria Porto Rossetto e Lefevre, Fernando. (2005) *Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso*. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento, vol.15, 1-10.

Melo, V.L.; Cunha, J.O.C. & Neto, G.H.F. (2006) *Maus tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco* Revista Brasileira materno Infantil. 543-548

Mendes, S. (2008) Avaliação do Risco de Dependência funcional em Pessoas Idosas. 12-14. Acedido em 3 de Janeiro de 2010 em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2009000498>

National Center On Elder Abuse (2007) *Elder Abuse /Mistreatment Defined*. Acedido a 3 de Janeiro de 2010 em http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/index.aspx.

Neri, A.L. (2006) *Envelhecimento Cognitivo*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Oliveira, J.H.B. (2008a). *Psicologia do Idos Temas Complementares*., Porto: Livpsic

Oliveira, J.H.B. (2008b) *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso 3ª ed.*, Porto: Livpsic

Pasinato, M.T. & Camarano, A.A. & Machado, L. (2004) *Idosos Vítimas de Maus-Tratos Domésticos: Estudo Exploratório das Informações dos Serviços de Denúncia*. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil.

Paulos, C.I.F. (2007) *A percepção de maus tratos em idosos institucionalizados*. Psicológica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra: nº36, 235-257

Pimentel, L.M.G. (2005) *O lugar do idoso na família*. 2ª Ed. Coimbra: Quarteto Editora

Rocha, F.M.A.(2008).Aspectos Biológicos do Envelhecimento.,Escola Federal de Odontologia de Alfenas.. Acedido a 15 de Setembro,2010
<http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/581/aspectos-biologicos-do-envelhecimento>

Serra, A.V.(2006) *Psicogeriatría* , Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Yassuda, M.S.(2006)*Memória e Envelhecimento Saudável*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª Ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan

Anexos

Anexo 1



Exmo. Senhor

Exmo. Sr. Director do Centro Social
Nossa Sra. da Piedade
Lg. D. Pedro Castil 1 Monte Redondo,
MONTE REDONDO LRA, LEIRIA 2425-617

Assunto: PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR UMA COLHEITA DE DADOS

No âmbito de recolher dados para a minha dissertação, que tem como tema, "*Indícios de Abuso do Idoso no Concelho de Leiria*", pretendo recolher alguns dados na vossa instituição, com o objectivo de caracterizar os idosos do concelho de Leiria, em relação à sua vulnerabilidade física, emocional e financeira.

Neste sentido, solicito a V. Ex^a que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante o período de Janeiro de 2010.

Os resultados obtidos com este estudo estarão colocados à disposição de V. Ex^a, caso se enquadrem nos interesses da instituição a que preside.

Caso seja necessária alguma informação, estarei totalmente ao seu dispor, pelo número 918376691.

Sem mais assunto e grata pela vossa disponibilidade me despeço, com os melhores cumprimentos.

Ana Inglês

Aceite.
Ana Rita Mendes Pinheiro
Centro Social Nossa Senhora da Piedade
Contribuinte N.º 503 025 054
Tel.: 244 685 764
Rua da Escola, 1
2425-617 MONTE REDONDO LRA



Exmo. Senhor

Exmo. Sra. Alexandrina Bartolomeu
Rua a-do-Ferreiro 19
2480-013 Porto de Mós

Assunto: PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR UMA COLHEITA DE DADOS

No âmbito de recolher dados para a minha dissertação, que tem como tema, "*Indícios de Abuso do Idoso no Concelho de Leiria*", pretendo recolher alguns dados na vossa instituição, com o objectivo de caracterizar os idosos do concelho de Leiria, em relação à sua vulnerabilidade física, emocional e financeira.

Neste sentido, solicito a V. Ex^a que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante o período de Janeiro de 2010.

Os resultados obtidos com este estudo estarão colocados à disposição de V. Ex^a, caso se enquadrem nos interesses da instituição a que preside.

Caso seja necessária alguma informação, estarei totalmente ao seu dispor, pelo número 918376691.

Sem mais assunto e grata pela vossa disponibilidade me despeço, com os melhores cumprimentos.

Ana Inglês

Aceite
[Assinatura]



Exmo. Senhor

Exmo. Sr. Provedor da Santa Casa
da Misericórdia do Louriçal
Rua Lar , Louriçal
3105-165 LOURIÇAL

Assunto: PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR UMA COLHEITA DE DADOS

No âmbito de recolher dados para a minha dissertação, que tem como tema, "*Indícios de Abuso do Idoso no Concelho de Leiria*", pretendo recolher alguns dados na vossa instituição, com o objectivo de caracterizar os idosos do concelho de Leiria, em relação à sua vulnerabilidade física, emocional e financeira.

Neste sentido, solicito a V. Ex^a que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante o período de Janeiro de 2010.

Os resultados obtidos com este estudo estarão colocados à disposição de V. Ex^a, caso se enquadrem nos interesses da instituição a que preside.

Caso seja necessária alguma informação, estarei totalmente ao seu dispor, pelo número 918376691.

Sem mais assunto e grata pela vossa disponibilidade me despeço , com os melhores cumprimentos.

Aceite

Ana Inglês

Anexo 2



No âmbito da tese final do Mestrado de Psicologia Clínica e Psicoterapia pretende-se desenvolver um estudo sobre Os indícios de violência nos idosos no Distrito de Leiria.

O objectivo deste estudo é verificar se existem indícios de violência nos idosos no Distrito de Leiria

Tratando-se de um trabalho de natureza científica, a sua finalidade é unicamente pedagógica. Assim, a informação obtida será usada exclusivamente para fins de investigação e as suas **respostas serão tratadas confidencialmente**.

Assim, solicita-se a sua disponibilidade e colaboração no preenchimento dos questionários que se seguem.

Ao preencher estes questionários, **assume-se que foi informado (a) da natureza e fins desta investigação** e que **dá o seu consentimento** para o tratamento estatístico dos dados que neles constam, nos termos acima indicados.

Por Favor, responda **de acordo com a sua opinião** e não de acordo com aquilo que gostaria de ser ou com a forma como acha que os outros o vêem a si.

AGRADEÇO A SUA DISPONIBILIDADE!

Ana Inglês

Questionário dos Dados Demográficos

Idade					
Género	Masculino	Feminino			
Estado civil					
Casado	Solteiro	União de Facto	Divorciado	Viúvo	
Habilitações Literárias					
Analfabeto	< 4ª classe	4ª classe	Até 6º ano	Até 9ª ano	
Residência					
Aldeia	Vila	Cidade			
Vive em...					
Casa arrendada	Casa cedida	Casa própria	Casa familiares	Outros	
Coabitação					
Sozinho	Filhos	Netos	Cônjuges	Outros	Quem?
Durante o dia está com?					
Sozinho	Filhos	Netos	Cônjuges	Outros	Quem?
Durante a noite está com?					
Sozinho	Filhos	Netos	Cônjuges	Outros	Quem?
É visitado por familiares?					
Sim	Não				
Frequenta Centros de dia e associações?					

Sim	Não				
Como ocupa tempos livres?					
Meios de Subsistência					
Rendas	Reforma/Pensão	Outro			
Depende economicamente de Alguém?					
Sim	Não	Quem?			
Como avalia o seu estado de Saúde ?					
Muito Bom	Bom	Mais ou menos	Mau		

Anexo 3



Índice de Katz

Avaliação Funcional

Lavar-se	
	Toma banho sem necessitar de ajuda
	Precisa de ajuda para lavar parte do corpo
	Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo e para entrar e sair do banho.
Vestir-se	
	Escolhe a roupa e veste-se por completo sem necessitar de ajuda
	Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos
	Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo
Utilizar a sanita	
	Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e depeja-o de manhã, sem ajuda
	Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite
	Não consegue utilizar a sanita
Mobilizar-se	
	Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda
	Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda
	Não se levanta da cama
Ser Continente	
	Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas
	Tem incontinência ocasional
	É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância
Alimentar-se	
	Come sem qualquer ajuda
	Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão
	Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou por via endovenosa

Anexo 4

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita_____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve_____

Nota:_____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos_____

Nota:_____

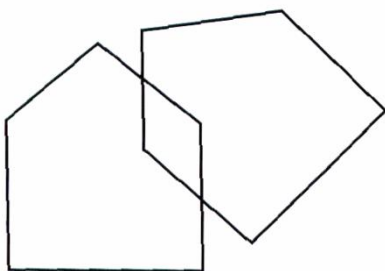
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:_____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota:_____

TOTAL(Máximo 30 pontos):_____

Anexo 5



Escala QEEA

Questão	Sim	Não
1. Actualmente sente medo de alguém em sua casa?		
2. No último ano aconteceu ter sido agarrado, batido ou pontapeado por alguém?		
3. No último ano aconteceu ter sido amarrado ou fechado num quarto?		
4. No último ano aconteceu alguém lhe ter tocado no corpo sem a sua permissão?		
5. Sente-se sozinho?		
6. No último ano alguma vez foi ameaçado de que seria castigado ou privado de coisas que gosta, ou ainda de que seria posto num lar para pessoas idosas?		
7. No último ano aconteceu não lhe terem prestado atenção, ou ter sido ignorado por alguém, quando o que esperava era que falassem ou conversassem consigo?		
8. No último ano aconteceu ter sido forçado a comer?		
9. Quando as pessoas com quem vive não concordam consigo em alguma coisa, acontece o seguinte:		
9.1 Discussões verbais violentas		
9.2 Conversações tranquilas		
9.3 Agressões Físicas		
9.4 Ameaças		
9.5 Abandono/Isolamento		
9.6 Não surgem conflitos		
9.7 Outros		
10. Sente falta de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços?		
11. No último na alguma vez foi deixado sozinho sem o desejar, por longos períodos de tempo?		
12. Actualmente se precisar de auxílio de emergência consegue obtê-lo? Se sim como? _____		
13. Quando precisa de ajuda para tarefas quotidianas consegue obtê-la? Se sim como? _____		
14. As pessoas que vivem consigo, ou que cuidam de si, depende de si para ter um lugar onde morar ou apoio financeiro?		
15. No último ano deu conta que lhe tenham tirado dinheiro sem o seu consentimento?		